

月分 保険料で調整	支 部 欄				本 部 欄					届出枚数
										/

国民健康保険被保険者資格喪失届 (全部・一部)

記号 番号	建 一	資 格 喪失日	年 月 日	保 険 料		
1	保険証回収日(支部) 本部へ届いた日 資格を喪失する被保険者の氏名 マイナンバー	組 合 員 と の 続 柄	生 年 月 日 S・H・R 年 月 日	資 格 喪 失 理 由 1. 社会保険加入 (事業所名) _____ 記号・番号 _____		
	年 月 日 ※ 年 月 日		S・H・R 年 月 日	2. 市町村国保加入 (_____ 市・町・村)		
2	年 月 日 ※ 年 月 日		S・H・R 年 月 日	3. 死亡 (_____ 年 月 日)		
	年 月 日 ※ 年 月 日		S・H・R 年 月 日	4. 後期高齢者医療制度へ移行 5. 生活保護開始 (_____ 年 月 日)		
3	年 月 日 ※ 年 月 日		S・H・R 年 月 日	6. その他 ①独立して国保組合員へ ②長建国保他世帯の扶養へ (□組合員は労組を脱退済み) ③他の単組へ移動 ④再交付 ①～④の場合の記号番号 建 一 _____		
	年 月 日 ※ 年 月 日		S・H・R 年 月 日	⑤他の国保組合へ ⑥その他 (_____)		
4	年 月 日 ※ 年 月 日		S・H・R 年 月 日	★資格喪失証明書の交付の有無		
	年 月 日 ※ 年 月 日		S・H・R 年 月 日	有 ・ 無		
5	年 月 日 ※ 年 月 日		S・H・R 年 月 日	被保険者証を添えて、上記の通り届け出ます。 長野県建設国民健康保険組合 理事長 殿		
	年 月 日 ※ 年 月 日		S・H・R 年 月 日	届出日 _____ 年 月 日 (届出日は必ず記入すること)		
6	単組で回収した日 (高齢受給者証) 対象者氏名と回収状況について記入して下さい。 (_____) 年 月 日 回収・未回収 (_____) 年 月 日 回収・未回収	住 所 _____ 組合員氏名 _____ マイナンバー _____	身 元 確 認 者	確 認 書 類 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード (組合員 ・ 他) <input type="checkbox"/> 運転免許証 (組合員 ・ 他) <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
	確 認 書 類 <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	届 出 人 <input type="checkbox"/> 組合員 <input type="checkbox"/> 代理人 (_____)	身 元 確 認 者 _____			

注)「※印のある欄」(保険証が本部へ届いた日)は記入しないでください。
 ※今回の申請で皆さんから届け出いただいた個人情報、国保事業以外には使用しません。
 ※組合員以外の方が申請する場合は代理人となり、委任状が必要となります。
 ※資格喪失後受診の状況 (有 ・ 無)