

月分 保険料で調整	支部欄			本部欄					届出枚数
							/	枚	

国民健康保険被保険者資格喪失届 (全部・一部)

記号 番号	建	資格 喪失日	年	月	日	保険料			
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			資格喪失理由			
1	年月日 ※年月日		S・H 年月日			1. 社会保険加入 (事業所名) 記号・番号			
2	年月日 ※年月日		S・H 年月日			2. 市町村国保加入 (市・町・村)			
3	年月日 ※年月日		S・H 年月日			3. 死亡(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) 6. その他			
4	年月日 ※年月日		S・H 年月日			①～④の場合の記号番号 建			
5	年月日 ※年月日		S・H 年月日			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 ⑤他の国保組合へ ⑥その他			
★資格喪失証明書の交付の有無			有・無			()			
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						届出日 年 月 日 (届出日は必ず記入すること)			
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		⑩			
		マイナンバー							
組合名及び理事 (組合長) 氏名			処理年月日			年 月 日			
⑩		身元確認者	⑩	確認書類	<input type="checkbox"/> 個人番号カード (組合員・他) <input type="checkbox"/> 運転免許証 (組合員・他) <input type="checkbox"/> その他 ()				
		届出人		<input type="checkbox"/> 組合員 <input type="checkbox"/> 代理人 ()					

注) 「※印のある欄」(保険証が本部へ届いた日)は記入しないで下さい。
 ※今回の申請で皆さんから届け出いただいた個人情報、個人情報保護法に基づいて適切に管理し、国民健康保険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。