

郵送用

佐伯市長 様

# 国民健康保険資格喪失届

/

太枠内を記入をしてください。

届出日	令和	年	月	日
資格異動日	令和	年	月	日
	異動発生日	年	月	日

異動事由	1	2	3	4	5	6	7
	社保加入	社保加入	国組加入	国組加入	生保開始	その他喪失	
	[本]	[扶]	[本]	[扶]			

(資格確認書等を紛失した場合、こちらにご記入ください。) ※交付を受けている場合のみ

### 国民健康保険資格確認書等 紛失届

国民健康保険資格確認書等を、下記事由により紛失しましたので、併せて届け出ます。なお、これに伴い対して迷惑をかけることがあった場合には、その責を負うことに異存はありません。  
紛失した資格確認書等が見つかった場合には、ただちに返還いたします。

◎ 届出理由(○印で囲んでください)

1 紛失のため ( 日時: 場所: )

2 その他理由 ( )

1 世帯主 2 その他(世帯主との関係: )

住所 佐伯市  
アパート・マンション等

氏名 フリガナ  
個人番号(12桁)  
連絡先

国保記号番号 佐国保

備考

異動者	個人番号(12桁) 生年月日	性別	世帯主との続柄	提出書類		事由
				喪失確認書類	証回収	
1 フリガナ 氏名	昭・平・令 年 月 日	男・女		<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報通知書 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 紛失届	
2 フリガナ 氏名	昭・平・令 年 月 日	男・女		<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報通知書 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 紛失届	
3 フリガナ 氏名	昭・平・令 年 月 日	男・女		<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報通知書 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 紛失届	
4 フリガナ 氏名	昭・平・令 年 月 日	男・女		<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報通知書 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 紛失届	
5 フリガナ 氏名	昭・平・令 年 月 日	男・女		<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報通知書 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 紛失届	
6 フリガナ 氏名	昭・平・令 年 月 日	男・女		<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報通知書 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 紛失届	

受付	入力	確認

証種類

1 2 3 4  
一 特 学 遠  
般 療

確認事項

身元確認  マイナンバーカード  
 運転免許証  
 その他( )

世帯区分  擬制  普通

口 座  無  有( )

年 金  無  有

受付印