

郵送用

国民健康保険資格喪失届

(あて先) 仙台市 区長

※太わくの中を記入してください。

届出人	1 世帯主 2 その他(世帯主との関係:)		届出日
	氏名	電話 ()	・
			世帯主氏名
代理人の住所			
異動者の住所 仙台市			

国保記号・番号	擬	普	→	擬	普	国保世帯主
仙台	1	2		1	2	

(保険証を紛失した方がいる場合は、こちらにご記入ください。)

国民健康保険被保険者証 紛失届

国民健康保険被保険者証を、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、紛失した被保険者証を発見した場合は、速やかに返還します。届出人及び届出日は資格喪失届に同じです。

◎事由 (○印で囲んでください)

1. 汚(破)損
2. 家の中で紛失
3. 外出中に紛失 警察へ届出 未・済 (署・交番)
4. その他 ()

◎事由発生日 _____ 年 _____ 月 _____ 日頃

備考	
----	--

紛失届決裁	課長	係長	係員

No	異動者フリガナ氏名	生年月日	性別	世帯主との続柄	提出書類	
					職場等の健康保険(書類などの写し)	国民健康保険
1		・	男・女		<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 資格取得証明書	<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 紛失届
2		・	男・女		<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 資格取得証明書	<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 紛失届
3		・	男・女		<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 資格取得証明書	<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 紛失届
4		・	男・女		<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 資格取得証明書	<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 紛失届
5		・	男・女		<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 資格取得証明書	<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 紛失届

No.	事由	喪失年月日	証確認
1		・	<input type="checkbox"/>
2		・	<input type="checkbox"/>
3		・	<input type="checkbox"/>
4		・	<input type="checkbox"/>
5		・	<input type="checkbox"/>
他保険情報			
	記号		
	番号		
	保険者番号		本・扶
	記号		
	番号		
	保険者番号		本・扶

異動事由	喪失(一部・全部)						
	21	22	23	24	25	27	29
	転出	死亡	社保加入	国組加入	生保開始	その他	海外
	入力			照合			
	收受						

※ ご記入いただいたこちらの資格喪失届と脱退する方全員の①職場の健康保険被保険者証の写し、または健康保険の資格取得証明書(資格取得年月日、保険証の記号・番号、保険者番号、被扶養者の氏名の記載があるもの)と②国民健康保険被保険者証(紛失した方がいる場合は、右上の紛失届をご記入ください)を、お住まいの区の区役所・総合支所保険年金課(秋保総合支所は保健福祉課)へ郵送してください。