

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 一	資 格 喪 失 日	年 月 日		保 険 料	
			年	月	日	
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		資 格 喪 失 理 由	
	年 月 日 ※ 年 月 日		S・H・R			
2	年 月 日 ※ 年 月 日		年 月 日		1. 社会保険加入 (事業所名) 記号・番号 2. 市町村国保加入 (市・町・村) 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 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 ⑤他の国保組合へ ⑥その他 ()	
	年 月 日 ※ 年 月 日		S・H・R			
3	年 月 日 ※ 年 月 日		年 月 日			
	年 月 日 ※ 年 月 日		S・H・R			
4	年 月 日 ※ 年 月 日		年 月 日			
	年 月 日 ※ 年 月 日		S・H・R			
5	年 月 日 ※ 年 月 日		年 月 日			
	年 月 日 ※ 年 月 日		S・H・R			
6	年 月 日 ※ 年 月 日		年 月 日			
	年 月 日 ※ 年 月 日		S・H・R			
★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 マイナンバー			
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 ()		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)