

記載事項（全項目必須） ※太枠の中のみ記入してください										【区処理欄】			
記入日		令和 西暦	年	月	日	資格喪失日	令和 西暦	年	月	日	受付日 . . . 地区 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 全部喪失 <input type="checkbox"/> 一部喪失 備考 未納あり ・ 未納なし ・ 還付あり <input type="checkbox"/> 口座振替 ・ 自主納 ・ 特徴 ・ 記事済 納通 ・ 未納分納付書（ / 発送）		
世帯主 （届出人）	氏名	(フリガナ)					被保険 者番号						受付 入力 点検
	個人番号						電話						
	住所	〒 - 神戸市 区											
		氏名					続柄					注意事項 書類の不備がある場合は、書類一式を返送することがあります。 個人番号（マイナンバー）が記載できる場合、氏名欄の下の枠内に記載し番号確認書類・本人確認書類コピーも添付してください。 ※個人番号がわからない場合は、左のチェックリストの個人番号欄にチェックしてください。	
		個人番号（マイナンバー）											
国民健康保険 を脱退する人 ※脱退する人 全員記載	①						世帯主・妻・夫・子 その他（ ）						
	②						世帯主・妻・夫・子 その他（ ）						
	③						世帯主・妻・夫・子 その他（ ）						
	④						世帯主・妻・夫・子 その他（ ）						
	⑤						世帯主・妻・夫・子 その他（ ）						
チェックリスト（チェック必須）													
必要書類（同封するもの）						脱退する人について						受付印	
<input type="checkbox"/> 国民健康保険証の原本（脱退する人全員分） <input type="checkbox"/> 返還します <input type="checkbox"/> 破棄または紛失等により返還できません ※資格確認書と資格情報のお知らせは返還の必要はありません。 <input type="checkbox"/> 新しく加入した保険の資格確認書又は資格情報のお知らせのコピー ※脱退する人全員分が必要です。						<input type="checkbox"/> 個人番号（マイナンバー）の変更はありません。 ※個人番号が分からない場合もここにチェックしてください ※マイナンバーを変更した場合は氏名の下枠内に変更後のマイナンバーをご記載ください。							