

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 □ 社保 □ 国保組合 □ 全部喪失 □ 一部喪失	
世帯主 (届出人)	氏名	(フリガナ)						被保険 者番号				備考  未納あり ・ 未納なし ・ 還付あり  口座振替・自主納・特徴・記事済  納通・未納分納付書（ / 発送）
	個人番号							電話				
	住所	〒 - 神戸市 区										
		氏名					続柄					受付 入力 点検  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							
<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"/> 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。  <input type="checkbox"/> ※マイナンバーを変更した場合は氏名の下の枠内に 変更後のマイナンバーをご記載ください。					受付印 _____		
<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。												