

※太線の枠内を記入してください。

届出年月日 年 月 日				国民健康保険被保険者適用終了届				杉並区長宛	
世帯主	下記のとおり届け出ます。				届出代理人	※世帯主以外の方は記入してください。			
	住所 杉並区		丁目 番 号 方			住所		丁目 番 号 方	
	氏 名		電 話	自 宅		氏 名		電 話	
	個人番号			携帯・他					
枝番	フリガナ		生 年 月 日	返却できない理由	個人番号	資格確認書等回収			
	脱退する方の氏名					資格確認書等	お知らせ (回収があった場合)		
			昭 平 令 西暦	1 なくした 2 忘れた 3 その他()		有・無 訂 正 返封済	有・無 訂 正 返封済		
			昭 平 令 西暦	1 なくした 2 忘れた 3 その他()		有・無 訂 正 返封済	有・無 訂 正 返封済		
			昭 平 令 西暦	1 なくした 2 忘れた 3 その他()		有・無 訂 正 返封済	有・無 訂 正 返封済		
			昭 平 令 西暦	1 なくした 2 忘れた 3 その他()		有・無 訂 正 返封済	有・無 訂 正 返封済		
			昭 平 令 西暦	1 なくした 2 忘れた 3 その他()		有・無 訂 正 返封済	有・無 訂 正 返封済		
事 由	1.転出 2.社保加入 3.生保開始 4.死亡 5.職権適用終了 6.他適用終了 7.組合加入 8.後期加入障害認定			備考欄		転出年月日 . .			
区 分	全 部 ・ 一 部	事 由 発 生 年 月 日				転出先住所			
		. .							
記 号 番 号	15- -	適 用 終 了 年 月 日				新被保険者資格情報	健康保険記号番号		
		. .					保険者名称		
受 付 場 所		受 付	入 力	点 検	保険者所在地				
					電話 ()				
国保資格係		に連絡済							