

※勤務先の健康保険資格情報がわかる書類のコピー（脱退する方全員分）と、国保の資格確認書(原本)を必ず同封してください。

郵送専用

杉並区長宛

※太線の枠内を記入してください。

届出年月日				国民健康保険被保険者適用終了届						
年 月 日										
世帯主	下記のとおり届け出ます。					※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		届出代理人	住所 丁目 番 号				
	氏 名		電 話			氏 名				
	個人番号		自 宅 携帯・他			電 話				
枝番	フリガナ		生 年 月 日		返却できない理由		個人番号			
	脱退する方の氏名		昭 平 令 西暦		1 なくした 2 忘れた 3 その他()		資格確認書等回収			
			. .				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 有・無			
			. .				訂 正 訂 正 返封済 返封済			
			昭 平 令 西暦		1 なくした 2 忘れた 3 その他()		有・無 有・無			
		. .				訂 正 訂 正 返封済 返封済				
		昭 平 令 西暦		1 なくした 2 忘れた 3 その他()		有・無 有・無				
		. .				訂 正 訂 正 返封済 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					
区 分	全 部 ・ 一 部		事 由 発 生 年 月 日						転出年月日 . .	
記 号 番 号	15- -		適 用 終 了 年 月 日						転出先住所	
			. .							
受 付 場 所		受 付	入 力	点 検					新被保険者資格情報	
国保年金課国保資格係(郵送)					健康保険記号番号					
					保険者名称					
					保険者所在地					
					電話 ()					