

月分 保険料で調整

支 部 欄					
-------------	--	--	--	--	--

本 部 欄					
-------------	--	--	--	--	--

国民健康保険被保険者資格喪失届 (全部・一部)

記号 番号	建 -	資 格 喪失日	年 月 日	保 険 料		
----------	-----	------------	-------	-------	--	--

1	保険証回収日(支部) 資格を喪失する被保険者の氏名	※ 本部へ届いた日	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 年 月 日	1. 社会保険加入 (事業所名) 記号・番号
	年 月 日	※ 年 月 日		S・H 年 月 日	2. 市町村国保加入 (市・町・村)
	年 月 日	※ 年 月 日		S・H 年 月 日	3. 死亡(年 月 日)
	年 月 日	※ 年 月 日		S・H 年 月 日	4. 後期高齢者医療制度へ移行
	年 月 日	※ 年 月 日		S・H 年 月 日	5. 生活保護開始 (年 月 日)
	年 月 日	※ 年 月 日		S・H 年 月 日	6. その他 ①～④の場合の記号番号 建 -
	年 月 日	※ 年 月 日		S・H 年 月 日	①独立して国保組合員へ
	年 月 日	※ 年 月 日		S・H 年 月 日	②長建国保他世帯の扶養へ (□組合員は労組を脱退済み)
	年 月 日	※ 年 月 日		S・H 年 月 日	③他の単組への移動
	年 月 日	※ 年 月 日		S・H 年 月 日	④再交付
	年 月 日	※ 年 月 日		S・H 年 月 日	⑤他の国保組合へ ()
★上記喪失者について被保険者資格喪失証明書の交付の有無に○をつけてください				有 ・ 無	⑥その他 ()

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 _____ (印)

所 属 組 合 の 確 認 欄	処 理 年 月 日
組 合 名 _____ 組 合 長 氏 名 _____ (印)	年 月 日

注) 「※印のある欄」(保険証が本部へ届いた日)は本部で使用するため、記入しないで下さい。
※長建国保では、今回の申請で組合員の皆さんから届け出いただいた個人情報、個人情報保護法に基づいて適切に管理し、国民健康保険事業以外には使用しません。