

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

※太線の枠内を記入してください。

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		氏名		電 話
個人番号		自 宅	携 帯・他				

フリガナ 脱退する方の氏名		生 年 月 日	返却できない理由	保険証 回 収	高 齢 受給者証	備 考	
1		昭和 平成 年 月 日	1 なくした 2 忘れた 3 その他()	有・無 訂 正 返封済	2割・3割 回 収 有・無	個人番号	住所異動に伴う世帯構成変更 有・無
2		昭和 平成 年 月 日	1 なくした 2 忘れた 3 その他()	有・無 訂 正 返封済	2割・3割 回 収 有・無	個人番号	住所異動に伴う世帯構成変更 有・無
3		昭和 平成 年 月 日	1 なくした 2 忘れた 3 その他()	有・無 訂 正 返封済	2割・3割 回 収 有・無	個人番号	住所異動に伴う世帯構成変更 有・無
4		昭和 平成 年 月 日	1 なくした 2 忘れた 3 その他()	有・無 訂 正 返封済	2割・3割 回 収 有・無	個人番号	住所異動に伴う世帯構成変更 有・無

事由	1.他区 2.都内 3.地方 4.組国 5.社保 6.生保 7.職消 8.認喪 9.国外 10.死亡 11.誤加入 12.その他 13.後期		
区分	全部 ・ 一部	事由発生年月日	
記号番号	15- -	適用終了年月日	
受付場所		受付	入力 点検
国保資格係		に連絡済	

<h2>誓 約 書</h2>		転出年月日
上記の理由により、被保険者証を適用終了届と共に返却できませんが、資格喪失後の治療については杉並区に負担をかけない事を誓約いたします。		転出先住所
		新被保険者証記載事項
平成 年 月 日		健康保険記号番号
		保険者名称
世帯主氏名		保険者所在地
		電話 ()

※届出時に被保険者証を返還できない場合は誓約書に記入してください