

次の【必要なもの】を保健福祉課へ郵送してください。

【必要なもの】

①住所、氏名、日中連絡が取れる電話番号、やめる理由
(社会保険等に加入したなど)を記入した用紙

※用紙の様式は任意です。次ページに参考様式があります
ので参照ください。

②国保の保険証原本

③加入した社会保険等の保険証コピー

※②・③については、社会保険(扶養)に入った方全員分
です。

【送付先】

〒981-4252

加美町字西田四番7番地1

加美町保健福祉課保険給付係

TEL : 0229-63-7872

加美町国民健康保険被保険者資格喪失届

【郵送用参考様式】

記入年月日	令和 年 月 日
-------	----------

国民健康保険の記号番号	記号	み加	番号	A
-------------	----	----	----	---

世帯主氏名			
住所	〒	宮城県加美郡加美町	
届出人氏名			
日中連絡の取れる電話番号			

No.	勤務先の社会保険等に加入した方		性別	世帯主との続柄
①	フリガナ		男・女	
	氏名			
	生年月日	年 月 日		

No.	勤務先の社会保険等に加入した方		性別	世帯主との続柄
②	フリガナ		男・女	
	氏名			
	生年月日	年 月 日		
③	フリガナ		男・女	
	氏名			
	生年月日	年 月 日		
④	フリガナ		男・女	
	氏名			
	生年月日	年 月 日		
⑤	フリガナ		男・女	
	氏名			
	生年月日	年 月 日		

【同封するもの】

- ① 資格喪失届（この用紙）
 - ② 国保の保険証（原本）
 - ③ 社会保険等の保険証（コピー）
- ※②・③は社会保険等に加入した全員分です。

【送付先】

〒981-4252
加美町字西田四番7番地1
加美町保健福祉課保険給付係
TEL：0229-63-7872

加美町国民健康保険被保険者資格喪失届

【郵送用参考様式】

記入年月日	令和 4 年 4 月 1 日
-------	----------------

国民健康保険の記号番号	記号	み加	番号	10 A 23456
-------------	----	----	----	------------

世帯主氏名	加美 太郎		
住所	〒981-4252	宮城県加美郡加美町	
	字西田四番7番地1		
届出人氏名	加美 太郎		
日中連絡の取れる電話番号	0229-63-7872		

No.	勤務先の社会保険等に加入した方		性別	世帯主との続柄
①	フリガナ	カミ タロウ	男・女	本人
	氏名	加美 太郎		
	生年月日	㊟・H・R 55 年 1 月 1 日		

No.	勤務先の社会保険等に加入した方		性別	世帯主との続柄
②	フリガナ	カミ ハナコ	男・女	妻
	氏名	加美 花子		
	生年月日	㊟・H・R 60 年 1 月 2 日		
③	フリガナ	カミ マチコ	男・女	子
	氏名	加美 町子		
	生年月日	S・㊟・R 15 年 4 月 1 日		
④	フリガナ		男・女	
	氏名			
	生年月日	S・H・R 年 月 日		
⑤	フリガナ		男・女	
	氏名			
	生年月日	S・H・R 年 月 日		

【同封するもの】
① 資格喪失届（この用紙）
② 国保の保険証（原本）
③ 社会保険等の保険証（コピー）
※②・③は社会保険等に加入した全員分です。

【送付先】
〒981-4252
加美町字西田四番7番地1
加美町保健福祉課保険給付係
TEL：0229-63-7872