

得喪台帳 記入済	被保証回収済	税務へ連絡		受付印

国民健康保険被保険者 資格喪失・適用終了届					
記号番号	寿				
被保険者氏名	続柄	性別	生年月日	枝番	個人番号
		男・女	年 月 日		
		男・女	年 月 日		
		男・女	年 月 日		
		男・女	年 月 日		
		男・女	年 月 日		
		男・女	年 月 日		
		男・女	年 月 日		
資格喪失・適用終了 年月日	年 月 日				
喪失理由	年 月 日 転出・死亡・社保加入・生保決定・その他				
転出先住所・他保険者					
備考					
上記のとおりお届けします。					
年 月 日					
寿都町字 町 番地					
世帯主					
個人番号 <input type="text"/>					
電話番号					
寿都町長 様					

得喪台帳 記入済		前年度町民税申告	有・無	受付印
特例対象者 非自発的失業者	有・無	上欄無の場合 保険税申告書の添付	有・無	
非自発的失業者 離職理由コード		旧被扶養者該当	有・無	
税務課へ連絡				

国民健康保険被保険者 資格取得・適用開始届						
記号番号	寿					
加入区分	新規・再加入・追加		世帯主が被保険者の有無		有・無	
被保険者となるもの	続柄	性別	生年月日	年齢	マイナ保険証 の有無※	個人番号
		男・女	年 月 日		有・無	
		男・女	年 月 日		有・無	
		男・女	年 月 日		有・無	
		男・女	年 月 日		有・無	
		男・女	年 月 日		有・無	
		男・女	年 月 日		有・無	
資格取得・適用開始 年月日	年 月 日					
取得理由	年 月 日 転入・社保喪失・生保廃止・出生・その他					
備考						

上記のとおりお届けします。

年 月 日

寿都町字 町 番地

世帯主

個人番号

電話番号

寿都町長 様

※マイナンバーカードは、有効期限かつ電子証明書(5年ごとに更新が必要)が有効であるものに限りします。