

喪

## 国民健康保険 後期高齢者医療制度加入者資格喪失届

被保険者記号番号	医 師 組 00-000-000
資格喪失理由	後期高齢者医療制度加入者となるため

個人番号にはマイナンバーを記入してください。

フリガナ 氏 名	世帯主 との続柄	性 別	個 人 番 号 喪 失 年 月 日	備 考
コクホ キヨコ	妻	男	8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8	
国保 健子		女	令和 8 年 1 月 3 0 日	
			7 5 歳の誕生日を記入してください。	
		男	年 月 日	
		女	令和 年 月 日	
		男	令和 年 月 日	
		女	令和 年 月 日	
		男	令和 年 月 日	
		女	令和 年 月 日	
		男	令和 年 月 日	
		女	令和 年 月 日	

上記の通り届けます。

令和 8 年 1 月 2 7 日

〒 770-8565

(世帯主) 住 所 徳島市幸町3丁目6番地

氏 名 国保 組雄

国保

連絡が取れる番号を必ず記入してください。

電話番号 000-000-0000

個人番号 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9

徳島県医師国民健康保険組合理事長 殿