

郵送専用

届出日 Notification date		令和 年 月 日		(あて先) 宇都宮市長 To the Mayor of Utsunomiya					国民健康保険喪失届 National health insurance(NHI) transfer report		受付	入力	一次確認	二次確認		
現住所 Address		宇都宮市		被保険者証記号番号		世帯主宛名 C D				取扱場所	00 主管課					
世帯主氏名 House holder				世帯主 個人番号		.										
電話 Phone number		()		自宅・携帯		届出人 (世帯主の方は省略できます) 氏名										
No	脱退される全員の氏名 Name(s) of person(s) who will transfer NHI	性別 Sex	生年月日 Date of birth	続柄	事由	国保異動日	種別	国年異動日	被保険者証	個人番号 My number	備考					
1	フリガナ	男 (M)	昭 平 令 西 暦			.	.	.	.	交 回 付 回 交 収 未 交 付	.	.				
		女 (F)	.	.												
2	フリガナ	男 (M)	昭 平 令 西 暦			.	.	.	.	交 回 付 回 交 収 未 交 付	.	.				
		女 (F)	.	.												
3	フリガナ	男 (M)	昭 平 令 西 暦			.	.	.	.	交 回 付 回 交 収 未 交 付	.	.				
		女 (F)	.	.												
4	フリガナ	男 (M)	昭 平 令 西 暦			.	.	.	.	交 回 付 回 交 収 未 交 付	.	.				
		女 (F)	.	.												
5	フリガナ	男 (M)	昭 平 令 西 暦			.	.	.	.	交 回 付 回 交 収 未 交 付	.	.				
		女 (F)	.	.												

太枠の中だけ記入してください