

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		入		一		二			
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		00 主管課									
世帯主氏名 House holder				世帯主 個人番号		届出人 (世帯主の方は省略できます) 氏 名			場											
電話 Phone number		()		自宅・携帯					所											
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 取 取 未 交 付	.	.								
		女 (F)	.																	
2	フリガナ	男 (M)	昭 平 令 西 暦			.	.	.	.	交 回 付 回 取 取 未 交 付	.	.								
		女 (F)	.																	
3	フリガナ	男 (M)	昭 平 令 西 暦			.	.	.	.	交 回 付 回 取 取 未 交 付	.	.								
		女 (F)	.																	
4	フリガナ	男 (M)	昭 平 令 西 暦			.	.	.	.	交 回 付 回 取 取 未 交 付	.	.								
		女 (F)	.																	
5	フリガナ	男 (M)	昭 平 令 西 暦			.	.	.	.	交 回 付 回 取 取 未 交 付	.	.								
		女 (F)	.																	

太枠の中だけ記入してください