

郵送専用

# 国民健康保険被保険者資格喪失届

(宛先) 山 辺 町 長

私は、下記のとおり国民健康保険法第9条の規定に基づき届出いたします。

受付日付印

端末入力日

入力者

届出日 令和 年 月 日 ※届出人欄は、郵送による届出者と世帯主とが異なる場合のみ記入

|     |    |         |           |
|-----|----|---------|-----------|
| 世帯主 | 住所 | 氏名      | 電 話       |
|     |    | 個人番号    | 日中連絡がつく番号 |
| 届出人 | 住所 | 氏名      | 電 話       |
|     |    | 世帯主との続柄 | 日中連絡がつく番号 |

| フリガナ<br>氏 名 | 国民健康保険をやめる方全員 | 生 年 月 日           | 性 別 | 世 帯 主<br>との続柄 | 提出書類  |  |                                       |
|-------------|---------------|-------------------|-----|---------------|---|--|---------------------------------------|
|             |               |                   |     |               | 職場等の健康保険<br>(書類などの写し)   | 国民健康保険   | 紛失等事由                                 |
| 1           |               | 昭・平・令・西暦<br>年 月 日 | 男・女 |               | <input type="checkbox"/> 健康保険証等<br><input type="checkbox"/> 資格取得証明書 | <input type="checkbox"/> 保険証等<br><input type="checkbox"/> 紛失 | 1. 汚(破)損<br>2. しまい忘れ<br>3. その他<br>( ) |
|             | 個人番号          |                   |     |               |   |  |                                       |
| 2           |               | 昭・平・令・西暦<br>年 月 日 | 男・女 |               | <input type="checkbox"/> 健康保険証等<br><input type="checkbox"/> 資格取得証明書 | <input type="checkbox"/> 保険証等<br><input type="checkbox"/> 紛失 | 1. 汚(破)損<br>2. しまい忘れ<br>3. その他<br>( ) |
|             | 個人番号          |                   |     |               |   |  |                                       |
| 3           |               | 昭・平・令・西暦<br>年 月 日 | 男・女 |               | <input type="checkbox"/> 健康保険証等<br><input type="checkbox"/> 資格取得証明書 | <input type="checkbox"/> 保険証等<br><input type="checkbox"/> 紛失 | 1. 汚(破)損<br>2. しまい忘れ<br>3. その他<br>( ) |
|             | 個人番号          |                   |     |               |   |  |                                       |
| 4           |               | 昭・平・令・西暦<br>年 月 日 | 男・女 |               | <input type="checkbox"/> 健康保険証等<br><input type="checkbox"/> 資格取得証明書 | <input type="checkbox"/> 保険証等<br><input type="checkbox"/> 紛失 | 1. 汚(破)損<br>2. しまい忘れ<br>3. その他<br>( ) |
|             | 個人番号          |                   |     |               |   |  |                                       |
| 5           |               | 昭・平・令・西暦<br>年 月 日 | 男・女 |               | <input type="checkbox"/> 健康保険証等<br><input type="checkbox"/> 資格取得証明書 | <input type="checkbox"/> 保険証等<br><input type="checkbox"/> 紛失 | 1. 汚(破)損<br>2. しまい忘れ<br>3. その他<br>( ) |
|             | 個人番号          |                   |     |               |   |  |                                       |

## ◎注意事項

- ・国民健康保険をやめる方全員の職場等の健康保険証等の写し、または健康保険の資格取得証明書(資格取得年月日、記号・番号、保険者番号、被扶養者の氏名の記載のあるもの)と国民健康保険被保険者証等の原本を添付してください。
- ・限度額適用(・標準負担額減額)認定証をお持ちの方は原本を添付してください。
- ・各種医療証をお持ちの方は、修正が必要になるため原本を添付してください。修正後に返送します。
- ・職場等の健康保険の資格取得年月日以降に国民健康保険を使用して医療機関を受診した方は、別途手続きが必要な場合がありますのでご連絡ください。