

国民健康保険資格 適用終了 届

(郵送申請用)



被保険者証 記号番号	
---------------	--

世帯主	住所				
	カナ				
	氏名				
	生年月日		性別		電話・連絡先

	宛名番号 個人番号		被保険者氏名			終了 年月日	他保険 加入の状況	
			生年月日	性別	続柄			
1							本人・被扶養者の別	本人
								扶養
2								本人
								扶養
3								本人
								扶養
4								本人
								扶養
5								本人
								扶養

<備考>

- ・記入例を参考にしてこの届の太枠内に必要事項を記入してください。
- ・世帯主の身分証明書（運転免許証、パスポート、在留カード、マイナンバーカード等）の写しを添付してください。
- ・国民健康保険資格を喪失する対象者全員の職場等から交付された新しい健康保険被保険者証の写しを添付してください。※複数名分まとめてコピーしていただいてもかまいませんが、縮小はしないでください。
- ・国民健康保険税は、資格喪失する月の前月までの分が再計算され、届が受付された翌月中旬以降に変更通知書が発送されます。
- ・届出の内容、保険税の納付状況によっては、郵送申請を受付できないことがあります。その際は、ご記入の連絡先へ連絡いたします。連絡がつかない場合は、届を返送させていただきます。
- ・社会保険等適用開始後に国民健康保険被保険者証を使用して医療機関を受診されていた場合は、医療費の返還を求めることがあります。

本証・短期証・資証	
<input type="checkbox"/>	回収
<input type="checkbox"/>	未回収
処 理	
入力	照合

上記のとおり届けます。

年 月 日

申請者 住 所
(世帯主) 氏 名

電話 () -

伊賀市長 様