

# 太枠の中を記入してください

| 国民健康保険資格 適用終了 届 |             | 宛名番号    |                | 被保険者証 記号番号 |               |
|-----------------|-------------|---------|----------------|------------|---------------|
| (郵送申請用)         |             | 1234567 |                | 1234567    |               |
| 住所              | 伊賀市四十九町3184 |         |                | 宛名番号       | 必ず世帯主の氏名等を記入  |
| カナ              | イガ ニンタ      |         |                | 個人番号       |               |
| 氏名              | 伊賀 にん太      |         |                | 電話・連絡先     | 090-0000-0000 |
| 生年月日            | S32.2.22    | 性別      | 男              |            |               |
| 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      |
| 1               |             | 伊賀 にん太  | S32.2.22 男 世帯主 |            | 本人            |
| 2               |             | 伊賀 しのぶ  | S42.2.22 女 妻   |            | 扶養            |
| 3               |             |         |                |            | 本人・被扶養        |
| 4               |             |         |                |            | 本人            |
| 5               |             |         |                |            | 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）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国民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。
- 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、届が受理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、郵送申請を受け付けていない場合があります。その際は、ご記入の連絡先へ連絡いたします。
- 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させていただきます。

上記のとおり届けます。

年 月 日

申請者 住所 伊賀市四十九町3184

(世帯主) 氏名 伊賀 にん太 電話 (090) 0000 - 0000

伊賀市長 様

本証・短期証・資証

回収

未回収

処 理

入 力 照 合