

国民健康保険被保険者資格喪失届

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|--|-----------|-----------------|------------|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者 記号・番号 | 五泉 | * * * * * | 資格喪失年月日 | **年**月**日 | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | 性別 | 生年月日 | 資格喪失後の 受診・健診 | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 五泉 太郎 | 男 | 昭・平 令 | 50年 1月 18日 | 受診・健診 有・無・不明 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 1 | 2 |
| 2 | 「被保険者の記号・番号」と「資格喪失年月日」は記入しない | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | ①国民健康保険の資格を喪失する人の氏名・性別・生年月日を記入します | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | ②社会保険等に加入した日以降における国民健康保険の保険証、資格確認書 またはマイナ保険証の使用状況 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | を記入します ※「有」の場合は、対象医療機関に連絡してください | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | ③個人番号（マイナンバー）を記入します（不明の場合は無記入でも可） | | | | | | | | | | | | | | | | |

上記のとおり届出します。 令和 年 月 日

| | | |
|---|----------|-------------------------|
| 5 | 住 所 | 五泉市太田1094番地1 |
| | 世帯主名 | 五泉 花子 |
| | 世帯主の個人番号 | 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 |
| | 電話番号 | 0250-43-3911 |
| | 届出人氏名 | 五泉 太郎 |

五泉市長 様

| | | |
|--------------------------------|--------|--|
| マイナ保険証 利用登録 | 有 | ④この届出を作成した日を記入します ⑤住所・世帯主名・世帯主の個人番号・電話番号・届出人（記入者）氏 名を記入します ※日中に連絡の取れる電話番号を記入してください ○保険税の更正通知書（再計算結果）は、市に届出があった翌月に発送 します ○更正通知書が届くまでに納期限が来る分は、納付してください ○納めすぎとなった場合は、後日、還付通知書を送付しますので、ご確 認ください |
| 資格確認書 | 回収・未回収 | |
| 高齢受給者証 | 有 | |
| 限度額適用 認定証 | 有 | |
| 国民年金 | 要 | |
| 確認 住・個・免・バ 保・年・介・資 他（ | | |