

赤枠白抜きで囲まれた部分のみご記入ください。

届出日	令和〇年〇月〇日	異動日	
届出人氏名	新城 太郎	届出人電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
届出人資格	本人 世帯主・同一世帯員・その他 ()		
世帯主住所	新城市字東入船〇〇番地	(フリガナ)	シンシロ タロウ
世帯主氏名	新城 太郎	世帯主個人番号	
(フリガナ)	資格喪失者氏名	生年月日	性別
1	シンシロ タロウ 新城 太郎	昭平令西曆 60年 4月 5日	男 女
2	シンシロ ハナコ 新城 花子	昭平令西曆 〇〇年〇〇月〇〇日	男 女
3	シンシロ イチロウ 新城 一郎	昭平令西曆 〇〇年〇〇月〇〇日	男 女
4	シンシロ フミコ 新城 二三子	昭平令西曆 〇〇年〇〇月〇〇日	男 女
5	脱退される方全員分を記入してください	昭平令西曆 年 月 日	男 女

新しく加入した 保険がわかるもの	被保険者証等 の返却	福祉医療 受給者証	変更届
<input checked="" type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 返却 <input checked="" type="checkbox"/> 紛失	<input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 精神障害 <input type="checkbox"/> 母子家庭	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input checked="" type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> その他	<input checked="" type="checkbox"/> 返却 <input type="checkbox"/> 紛失	<input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 精神障害 <input type="checkbox"/> 母子家庭	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input checked="" type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> その他	<input checked="" type="checkbox"/> 返却 <input type="checkbox"/> 紛失	<input checked="" type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 精神障害 <input type="checkbox"/> 母子家庭	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input checked="" type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> その他	<input checked="" type="checkbox"/> 返却 <input type="checkbox"/> 紛失	<input checked="" type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 精神障害 <input type="checkbox"/> 母子家庭	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 返却 <input type="checkbox"/> 紛失	<input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 精神障害 <input type="checkbox"/> 母子家庭	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

特記事項

すべてに✓がついているか確認してください。
 脱退される方のうち、被保険者証等を紛失により返却できない方がいる場合でも、返却欄の「紛失」に✓し、返却可能な方の証を同封したうえで、こちらにも✓してください。
 書類の不備がある場合には、書類一式を返送することがあります。

福祉医療受給者証をお持ちの方へ
 加入医療保険に変更があった場合は、福祉医療資格変更届の提出が必要です。印刷・記入のうえ一緒に送付してください。
 該当の医療にチェック
 変更届に記入をして同封

- 同封書類チェックリスト
- 国民健康保険資格喪失届【郵送専用】(この用紙)
 - 新しく加入した保険の資格確認書・資格情報のお知らせ等のコピー (脱退される方全員分)
 - 国民健康保険資格確認書等(被保険者証)の原本 (脱退される方全員分)
(紛失した方がいる場合は、資格確認書等の返却欄の「紛失」にチェック済)
 - 本人確認書類のコピー (届出人分のみ) (顔写真付きならば1点、顔写真がない場合は2点)

資格確認書等を紛失された方へ
 方が一、紛失により返却できない方は、この「国民健康保険資格喪失届」を提出することで、以下の内容に同意したものとします。
 ・紛失した資格確認書等を発見した場合、これを使用せず速やかに返還すること。
 ・資格確認書等の紛失に伴うトラブルについては、自己の責任によって処理すること。
 (本市は一切の責任を負いません)

国民健康保険異動

届出	資格喪失	加入	変更	その他	合計	5
----	------	----	----	-----	----	---