

国民健康保険資格 (喪失)届

届出年月日 令和 年 月 日 異動年月日 平成・令和 年 月 日

(あて先) 南アルプス市 太枠線内に必要事項の記載をお願いします

本人確認書類
委任状 有・無
免許証
個番カード
在留カード
パスポート

届出者
住所 南アルプス市小笠原376番地
氏名 南 太郎
連絡先 090-****-**** or 055-****-**** 携帯・自宅・その他()

世帯情報
新(現)住所 同上
旧住所
新(現)世帯主名 同上
世帯主個人番号 ****-****-****
旧世帯主名

No.	異動者氏名	生年月日	続柄	個人番号	マイナ保険証登録	職業	情報連携同意	発行確認	異動区分	事由
1	(フリガナ) ミナミ タロウ 南 太郎 (男・女)	昭 平・令 63・4・1	本人	****-****-****	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> わからない	<input checked="" type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 社保適用なし <input type="checkbox"/> 学生・その他	<input checked="" type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	<input type="checkbox"/> お知らせ <input type="checkbox"/> 確認書	取得	社保離脱 国保組合離脱 生活保護廃止 転入 出生 その他()
2	(フリガナ) ミナミ ハナコ 南 花子 (男・女)	昭 平・令 64・4・1	妻	****-****-****	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 無職 <input checked="" type="checkbox"/> 社保適用なし <input type="checkbox"/> 学生・その他	<input checked="" type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	<input type="checkbox"/> お知らせ <input type="checkbox"/> 確認書	喪失	社保加入 国保組合加入 後期障害認定 生活保護開始 転出 死亡 その他()
3	(フリガナ) 男・女	昭・平・令 ・			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 社保適用なし <input type="checkbox"/> 学生・その他	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	<input type="checkbox"/> お知らせ <input type="checkbox"/> 確認書	変更	世帯主変更 住所変更 氏名変更 続柄変更 世帯分離 世帯合併 在留期間延長 その他()
4	(フリガナ) 男・女	昭・平・令 ・			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 社保適用なし <input type="checkbox"/> 学生・その他	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	<input type="checkbox"/> お知らせ <input type="checkbox"/> 確認書	変更	世帯主変更 住所変更 氏名変更 続柄変更 世帯分離 世帯合併 在留期間延長 その他()
5	(フリガナ) 男・女	昭・平・令 ・			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 社保適用なし <input type="checkbox"/> 学生・その他	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	<input type="checkbox"/> お知らせ <input type="checkbox"/> 確認書	変更	世帯主変更 住所変更 氏名変更 続柄変更 世帯分離 世帯合併 在留期間延長 その他()

受付印
備考
社会保険加入日以降に、国民健康保険を使用して受診をされましたか？
(はい (いいえ))
※受診された場合、資格外受診となり、医療費を返納して頂く手続きが発生します。

会社名 照会先担当者
電話番号 保険者名
喪失日 照会者氏名
取得日 資格チェック日

被保険者記号・番号	保険証等の状況	限度額証	滞納状況	所得判定	税説明	送付先確認	不当利得	口座登録	システム入力	受付者
新(現)	<input type="checkbox"/> 確認書 <input type="checkbox"/> お知らせ <input type="checkbox"/> 特別療養 未発行	<input type="checkbox"/> 差替有 <input type="checkbox"/> 差替無	有・無				有・無			
旧	<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 確認書 <input type="checkbox"/> お知らせ <input type="checkbox"/> 特別療養 未回収	<input type="checkbox"/> 差替済 <input type="checkbox"/> 差替未	<input type="checkbox"/> 納税 課案内				<input type="checkbox"/> 説明済 <input type="checkbox"/> 1年以上	<input type="checkbox"/> 振替口座を承済		

届出する方(窓口にい
らした方)の情報を記
載してください。連絡先
は連絡がとれる番号を
記入してください。

国民健康保険から喪失
する世帯の住所・世帯
主名を記載してください。
届出者と同じ住所・世
帯主ご本人の場合は
「同上」にチェックをお願
いします。

国民健康保険から喪
失する方**全員**の情報を
記載してください。
※個人番号(マイナン
バー)・職業欄は記入
必須ではありません。
※情報連携同意欄は、
社会保険等に入ったこ
とがわかる書類がご用
意できない場合にはこ
ちらにチェックをお願
いします。

【備考】社会保険加入
日以降に、国保保険証
の使用について回答し
てください。受診された
場合、医療費を返納し
て頂く手続きが発生す
る場合があります。