

国民健康保険被保険者資格喪失届

記入例

(あて先) 松江市長

私は、下記のとおり国民健康保険法第9条および同法施行規則第11条、第12条、第13条、第15条第1項の規定に基づき資格確認書を添えて届出します。

なお、資格喪失後に受診した療養について、医療機関等より診療報酬の請求があった場合は、新たに加入した保険に関する情報を医療機関等へ提供することに同意します。

		令和 年 月 日	
世帯主	住所	松江市末次町86番地	
	氏名	松江 太郎	
	電話	0852-55-5555	
	個人番号	1	2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3
届出者	*届出者が世帯主以外の場合は、ご記入ください。 ☒ 世帯員(世帯主との続柄: 妻) ☐ その他()		
	住所	☒ 世帯主と同じ	
	氏名	松江 花子	

日中に連絡の取れる電話番号を必ずご記入ください

太枠内のみご記入ください

氏 名	性別	世帯主との続柄	生年月日	個 人 番 号
1 (フリガナ) マツエ ハナコ 松江 花子	男 女	妻	昭和・平成・令和 44 年 1月 10 日	0 2 4 6 8 0 2 4 6 8 0 2
2 (フリガナ) マツエ イチロウ 松江 一郎	男 女	子	昭和・平成・令和 10 年 10月 5 日	1 3 5 7 9 1 3 5 7 9 1 3
3 (フリガナ) _____ _____	男 女		昭和・平成・令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日	
4 (フリガナ) _____ _____	男 女		昭和・平成・令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日	
5 (フリガナ) _____ _____	男 女		昭和・平成・令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日	

国民健康保険をやめる方についてご記入ください

転出先	県	市・郡
-----	---	-----

記号・番号	令和 年 月 日		包括 ・ 一部	本人確認 ☐ マイナンバーカード ☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ 在留カード ☐ 世帯員の資格確認書 ☐ 各種医療受給者証 ☐ その他() ※写真なしは2点確認
喪失年月日				
喪失事由	社保加入 国保組合加入 転出 死亡 生活保護開始 後期高齢障害認定 その他()			
納付方法	(前) 自主 ・ 口座 ・ 特徴	(後) 自主 ・ 口座 ・ 特徴		
納付書交付	期 (督促料 あり ・ なし)		納期限 【 月 日 】	入力(窓口・郵送・電子)
医療機関受診(あり・なし)	抑止情報		公費の確認(旧国)	
世帯メモ	所得不明者 申告		被用者保険被扶養者(旧被)	
未納の有・無 収納係連絡	送付先設定		賦課台帳	
資格確認書回収	済 ・ 未	宛名(電話番号)	更正通知	審 査
誓約書	給付管理案内	出・限・疾	還付口座依頼書	資 格
返信用封筒	子ども医療①案内		口座廃止・口座振付	賦 課
資格確認書手入れ	年 月 日 まで有効	年金	未支給 ・ 死亡届 ・ 遺族 ・ 一時金	
証明書等発行	負担区分 ・ 加入脱退 ・ 特定同一世帯(旧国) ・ 旧被扶養者 ・ なし			
メモ				