

# 国民健康保険 被保険者異動届(資格喪失・適用終了)

(あて先)那珂川市長

太枠内をご記入ください

世帯主	住所	那珂川市 <small>(アパート・マンション・施設名)</small>	電話番号(自宅・携帯・その他)			
	ふりがな		記号	被保険者証番号(7桁)		
	氏名		な			

保険者使用欄					
受付者		検認者		入力日	/

異動事由	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ加入 <input type="checkbox"/> 組合加入 <small>(裏面同意書記入有→ <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 拒否)</small> <input type="checkbox"/> その他健康保険加入 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> 職権消除 <input type="checkbox"/> 異動取消 <input type="checkbox"/> その他( )
------	---

資格喪失日	令和    年    月    日
-------	-------------------

ひとり親医療	<input type="checkbox"/> 案内済 <input type="checkbox"/> 案内無
--------	---

保険証	<input type="checkbox"/> 返還 <input type="checkbox"/> 返封 <input type="checkbox"/> 紛失
-----	---

限度額証	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 返還 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他
------	---

即計	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 無
----	--

更正通知	<input type="checkbox"/> 渡し済 <input type="checkbox"/> 郵送
------	--

納付書	<input type="checkbox"/> 渡し済 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 無
-----	---

税還付	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	還付口座確認 ----- <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
-----	---	--

滞納	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	収納課案内 ----- <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
----	---	--

世帯主の納付・届出義務	<input type="checkbox"/> 説明済 <input type="checkbox"/> 未
-------------	---

こども医療	<input type="checkbox"/> 該当有→証写し渡し <input type="checkbox"/> 案内無
-------	---

障がい者医療	<input type="checkbox"/> 該当有→証写し渡し <input type="checkbox"/> 案内無
--------	---

下記のとおり届けます。    届出者    1. 世帯主本人    世帯主との続柄  
 令和    年    月    日    2. 世帯主以外 → 氏名

異動者全員(世帯主を含む)を記入してください。	1	ふりがな	生年月日	性別	世帯主との続柄
		氏名	個人番号(マイナンバー)	昭・平・令 年 月 日	
	1				
	2				
	3				
	4				
	5				

新しく加入された健康保険が「全国健康保険協会」または「国民健康保険組合」の場合は、裏面にもご記入願います。

保険者使用欄(備考)