

国民健康保険 被保険者異動届(資格喪失・適用終了)

記入例

(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 西隈1-1-1 <small>(アパート・マンション・施設名)</small> ハイツなかがわ101号	電話番号(自宅・携帯・その他)	080-0000-0000
	ふりがな	なかがわ いちろう	記号	被保険者証番号(7桁)
	氏名	那珂川 一郎	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 (裏面同意書記入有→ <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 拒否) <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 2. 世帯主以外 → 氏名 那珂川 花子 世帯主との続柄 妻

令和 〇 年 〇 月 〇 日

異動者全員(世帯主を含む)を記入してください。	ふりがな 氏名	生年月日 個人番号(マイナンバー)	性別	世帯主との続柄
1	なかがわ いちろう 那珂川 一郎	<input checked="" type="radio"/> 昭 <input type="radio"/> 平 <input type="radio"/> 令 6 年 1 月 1 日	男・女	本人
2	なかがわ はなこ 那珂川 花子	昭 <input checked="" type="radio"/> 平 <input type="radio"/> 令 2 年 2 月 2 日	男・女	妻
3	なかがわ じろう 那珂川 二郎	昭 <input type="radio"/> 平 <input checked="" type="radio"/> 令 3 年 3 月 3 日	男・女	子
4		昭 <input type="radio"/> 平 <input type="radio"/> 令 年 月 日	男・女	
5		昭 <input type="radio"/> 平 <input type="radio"/> 令 年 月 日	男・女	

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)