

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 西隈1-1-1 (アパート・マンション・施設名) 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		
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 6 年 12 月 2 日						
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 氏名 なかがわ いちろう 那珂川 一郎	マイナ保険証 有・無 有	生年月日 個人番号(マイナンバー) 昭・平・令 63 年 1 月 1 日	性別 男・女 男	世帯主との続柄 本人
	2	なかがわ はなこ 那珂川 花子	有・無 有	昭・平・令 2 年 2 月 2 日	男・女 女	妻
	3	なかがわ じろう 那珂川 二郎	有・無 有	昭・平・令 3 年 3 月 3 日	男・女 男	子
	4		有・無	昭・平・令 年 月 日	男・女	
	5		有・無	昭・平・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)

保険者使用欄	
受付者	検認者
入力日	/
異動事由	☐ 協会けんぽ加入 ☐ 組合加入 (裏面同意書記入有→ ☐ 済 ☐ 拒否) ☐ その他健康保険加入 ☐ 死亡 ☐ 生保開始 ☐ 職権消除 ☐ 異動取消 ☐ その他()
資格喪失日	令和 年 月 日
ひとり親医療	☐ 案内済 ☐ 案内無
資格確認書	1・2・3・4・5 ☐ 返還 ☐ 返封 ☐ 紛失
限度額証	☐ 無 ☐ 返還 ☐ 紛失 ☐ その他
即計	☐ 済 ☐ 未 ☐ 無
更正通知	☐ 渡し済 ☐ 郵送
納付書	☐ 渡し済 ☐ 郵送 ☐ 無
税還付	☐ 無 ☐ 有 還付口座確認 ----- ☐ 済 ☐ 未-----
滞納	☐ 有 ☐ 無 収納課案内 ☐ 要 ☐ 不要
世帯主の納付・届出義務	☐ 説明済 ☐ 未
こども医療	☐ 該当有→証写し渡し ☐ 案内無
障がい者医療	☐ 該当有→証写し渡し ☐ 案内無