

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 (アパート・マンション・施設名)		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	

下記のとおり届けます。
令和 年 月 日 届出者

1. 世帯主本人
2. 世帯主以外 → 氏名

世帯主との続柄

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	マイナ保険証	生年月日	性別	世帯主との続柄
	1			有・無	昭・平・令 年 月 日	男・女	
	2			有・無	昭・平・令 年 月 日	男・女	
	3			有・無	昭・平・令 年 月 日	男・女	
	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