

国民健康保険資格喪失届

□ 全 部 □ 一 部

下記のとおり届けます。

(あて先) 昭島市長

受付	本庁 ・ 東部 ・ あい ・ 郵送
担当者	

記号番号	3 0 - -
------	-------------------

窓口に来た方	氏 名
--------	-----

記 代 入 理 欄 人	住所
	電話番号

世 帯 主	届出日	年 月 日
	氏名	
	住所	昭島市
	T E L	自宅： () 携帯： ()

	(フ リ ガ ナ) 氏 名	生年月日	続柄	職業	資格喪失年月日
1		昭 ・ 平 ・ 令 ・ 西 暦 年 月 日			年 月 日
マイナンバー					
2		昭 ・ 平 ・ 令 ・ 西 暦 年 月 日			年 月 日
マイナンバー					
3		昭 ・ 平 ・ 令 ・ 西 暦 年 月 日			年 月 日
マイナンバー					
4		昭 ・ 平 ・ 令 ・ 西 暦 年 月 日			年 月 日
マイナンバー					
5		昭 ・ 平 ・ 令 ・ 西 暦 年 月 日			年 月 日
マイナンバー					
6		昭 ・ 平 ・ 令 ・ 西 暦 年 月 日			年 月 日
マイナンバー					

喪 失 事 由	☐ 社保加入 (本人 ・ 被扶養者) ☐ 国保組合加入 ☐ 生保開始 ☐ 後期適用 ☐ 加入不要 ☐ その他 ()	会社名 (裏面 ・ 別添) 電話番号	確 認	☐ 保険証 (社保証等) ☐ 電話確認 (様) ☐ 他保入力 ☐ 短期証解除 ☐ 保険証 (回収 ・ 未回収 紛失 ・ 有効期限切れ)
	本 人 確 認	☐ 免許証 ☐ パスポート ☐ マイナンバーカード ☐ 在留カード ☐ その他 ()		社保等取得日 年 月 日

誓約書	資格喪失後に発生した診療費については貴市に負担をかけないことを誓約します。 年 月 日 世帯主氏名
-----	---

※国保に加入していない世帯主でも納税義務者（擬制世帯主）となり、納税通知書や保険証は世帯主に届きます。

あなたは、この届出行為に対し、昭島市国民健康保険が相当の期間内になんらかの処分又は行為をしないときは、昭島市国民健康保険（昭島市田中町 1 丁目 1 7 番 1 号昭島市役所内）に異議を申し立て、又は東京都国民健康保険審査会（新宿区西新宿 2 － 8 東京都福祉保健局保健政策部内）に審査請求することができます。

記載された事項は、住民情報システムに記録されます。

マル学・遠解除