

国民健康保険資格喪失届

全部 一部

受付	本庁・東部・あい・郵送
担当者	

下記のとおり届けます。

(あて先)昭島市長

届出日	年 月 日	
届出人 世帯主	住所	昭島市
	氏名	
	TEL	()

※ 太枠内のみご記入下さい

窓口に来た方	
--------	--

記号番号	3 0 - -
------	---------

	(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
	No.				
2		昭・平・令・西暦 年 月 日			年 月 日
	No.				
3		昭・平・令・西暦 年 月 日			年 月 日
	No.				
4		昭・平・令・西暦 年 月 日			年 月 日
	No.				
5		昭・平・令・西暦 年 月 日			年 月 日
	No.				

喪失事由	<input type="checkbox"/> 社保加入(本人・被扶養者)	会社名 (裏面・別添)	確認
	<input type="checkbox"/> 国保組合加入		
本人確認	<input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> 後期加入	電話番号	<input type="checkbox"/> 保険証(社保証等)
	<input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 電話確認(様)
	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード	社保等取得日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 他保入力 <input type="checkbox"/> 資格入力
	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 保険証(回収・未回収・郵送)
			<input type="checkbox"/> 照合()

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ることを誓約します。	年 月 日	世帯主氏名	(印)
-----	--------------------------------------	-------	-------	-----

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17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。

擬制世帯主 確認欄	被保険世帯主でない世帯主	世帯主氏名	加入保険組合等	※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)となります。納税通知書や保険証のあて先は、世帯主となります。
		扶養している世帯員名		
	国保被保険者が他の社会保険の被扶養者とならない理由 <input type="checkbox"/> 被扶養者としての認定基準を超える収入がある <input type="checkbox"/> 扶養の事実がないため <input type="checkbox"/> 三親等内に属さないため <input type="checkbox"/> その他			