

# 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

記号番号	30 - -
------	--------

窓口に来た方	氏名
--------	----

届出日	年 月 日	
世帯主	氏名	
	住所	昭島市
	TEL	自宅：( ) 携帯：( )

記代理人欄	住所
	電話番号 続柄

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

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。

マル学・遠解除