

記載例

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
担当者

記号番号

30 -

届出日、世帯主の氏名、住所、電話番号等を記入してください。

記入不要

窓口に来た方 氏名

記代理人 住所
電話番号 続柄

届出日 4 年 4 月 1 日
世帯主 氏名 昭島 太郎
住所 昭島市 田中町 1-17-1
TEL 自宅: 042 (544) 5111
携帯: 123 (4567) 8900

	(フリガナ) 氏名	生年月日	続柄	職業	資格喪失年月日
1	アキシマ タロウ 昭島 太郎	昭・平・令・西暦 1 年 2 月 3 日	本人	会社員	年
2	アキシマ ハナコ 昭島 花子	昭・平・令・西暦 4 年 5 月 6 日	妻	主婦	年
3	アキシマ イチロウ 昭島 一郎	昭・平・令・西暦 1 年 1 月 1 日	子	無職	年 月 日
4		昭・平・令・西暦 年 月 日			年 月 日
		昭・平・令・西暦 年 月 日			年 月 日
		昭・平・令・西暦 年 月 日			年 月 日

世帯主との続柄

会社等の保険に加入された方全員の氏名等を記入してください。

マイナンバー（12桁の数字）を記入してください。

喪失事由 <input type="checkbox"/> 社保加入 (本人・被扶養者) <input type="checkbox"/> 国保組合加入 <input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> 後期適用 <input type="checkbox"/> 加入不要 <input type="checkbox"/> その他 ()	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"/> 電話確認 () <input type="checkbox"/> 他保入力 <input type="checkbox"/> 短期証解除 <input type="checkbox"/> 保険証紛失 <input type="checkbox"/> 照合 ()
本人確認 <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <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 ()	社保等取得日 年 月 日	

届出日、世帯主の氏名を記入してください。

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。
4 年 4 月 1 日 世帯主氏名 昭島 太郎

※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

同関連リンク「国民健康保険資格喪失届」の太枠の中をご記入の上、以下を同封して市役所保険年金課保険係まで送付してください。

- ① 会社等の保険に加入された方全員の社会保険証等のコピー
- ② 国民健康保険被保険者証