

国民健康保険喪失届

丸亀市長 あて

私（世帯主）は、下記の者が他の健康保険に加入したので、必要書類を添えて届出をします。

手続きを郵送で行うことについて、一切の責任を負います。

なお、新しい健康保険の資格取得後に受診した国民健康保険者負担分の医療費等について、丸亀市から請求があった場合は、速やかに返還することに同意します。

※番号法の規定により、身分証明等による身元 (=実在)確認のうえ、マイナンバーを収集します。		(記号・番号) 香川2・	令和 年 月 日	
届出人（世帯主）				
住 所	丸 亀 市			
世帯主の 氏 名			個 人 番 号 ※郵送手続きの場合、記入不要	
電話番号	自 宅	- -		
※可能な限り 自宅・携帯とも 記載願います	携 帯	- -		

異 動 す る 人 を全員記載してください（世帯主本人を含む）			※個人番号は郵送手続きの場合、記入不要	
No.	氏 名	生 年 月 日	続 柄	
1	フリガナ	昭和		
		平成 年 月 日		
	※個人番号	令和		
2	フリガナ	昭和		
		平成 年 月 日		
	※個人番号	令和		
3	フリガナ	昭和		
		平成 年 月 日		
	※個人番号	令和		
4	フリガナ	昭和		
		平成 年 月 日		
	※個人番号	令和		

受診した医療機関・受診者・受診日 *新しい健康保険証または資格確認書等に記載されている"資格取得日"以降の受診先を記入してください		
医療機関・調剤薬局・歯医者・接骨院など	受 診 者 名	受 診 日

※必要書類 ・新しい健康保険証または資格確認書または資格情報のお知らせのコピー(異動する人全員)

・丸亀市の国民健康保険証または資格確認書または資格情報のお知らせ(異動する人全員)

(市記入欄)

国保資格喪失日	入 力	点 検	備 考
			医療証(有 ・無)