

# 国民健康保険喪失届

丸亀市長宛

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。

(証記号・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			
2	フリガナ	昭和		
		平成 年 月 日		
	※個人番号			
3	フリガナ	昭和		
		平成 年 月 日		
	※個人番号			
4	フリガナ	昭和		
		平成 年 月 日		
	※個人番号			

受診した医療機関・受診者・受診日 *新しい健康保険証に記載されている"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 ・新しい健康保険証のコピー（異動する人全員）

・丸亀市国民健康保険証（紛失の場合は下記の紛失届に記入して下さい。）

〔紛失届〕私は、次の国民健康保険証を紛失しましたので届出をします。

丸亀市長あて

該当者氏名

\_\_\_\_\_

該当者氏名

\_\_\_\_\_

(市記入欄)

国保資格喪失日	入力	点検	備考