

# 國民健康保険被保険者資格喪失届(郵送用)

米沢市長 あて

令和 年 月 日

## 注意事項

- ・国民健康保険をやめる人全員分の新しい健康保険の資格取得年月日が確認できる書類(資格情報のお知らせ・資格確認書など)の写しを添付してください。
- ・世帯主の本人確認書類(マイナンバーカードなどの顔写真付きのもの)の写しを添付してください。
- ・世帯主及び国民健康保険をやめる人全員分の個人番号の確認書類(マイナンバーカードなど)の写しを添付してください。
- ・国民健康保険をやめる人で国民健康保険資格確認書や国民健康保険限度額適用認定証をお持ちの場合は、原本を添付してください。
- ・国民健康保険被保険者資格喪失届(郵送用)の届出人は世帯主となります。
- ・新しい健康保険の資格取得年月日が確認できない場合は、マイナンバー制度における情報連携で新しい健康保険の資格取得年月日を確認します。
- ・新しい健康保険の資格取得年月日以降に国民健康保険を利用して医療機関を受診した人は、別途手続きが必要な場合がありますのでご連絡ください。

## 届出内容 ※太枠の中を記入してください

世帯主(届出人)	氏名	<社保内容> 取得日・扶養認定日 令和 年 月 日 被保険者名			<異動日> 令和 年 月 日		
	住所				<本人確認> 個免旅在力手帳 ( )		
	個人番号						
	電話番号(日中連絡できるもの)				世帯主:	本人:	
国民健康保険をやめる人	フリガナ	生年月日	世帯主との 続柄	個人番号	基礎年金 番号	国保 (国保NO. )	
	1	昭・平・令 年 月 日				本人・扶養	一部 全部 適用終了 (社保加入・国組加入) ㊣・㊣(廃止)
	2	昭・平・令 年 月 日				本人・扶養	擬主喪失 普→擬
	3	昭・平・令 年 月 日				本人・扶養	証書回収 ㊣ ㊣ 未回収
	4	昭・平・令 年 月 日				本人・扶養	受付
	5	昭・平・令 年 月 日				本人・扶養	入力