

# 国民健康保険被保険者資格喪失届(郵送用)

米沢市長あて

年 月 日

○世帯主

氏名											
住所											
日中連絡がつく電話番号				世帯主:	( )		本人:	( )			
個人番号											

○国民健康保険をやめる人

1	フリガナ	/									
	氏名						性別	男・女			
	生年月日	年 月 日					世帯主からみた続柄				
	個人番号										
2	フリガナ	/									
	氏名						性別	男・女			
	生年月日	年 月 日					世帯主からみた続柄				
	個人番号										
3	フリガナ	/									
	氏名						性別	男・女			
	生年月日	年 月 日					世帯主からみた続柄				
	個人番号										
4	フリガナ	/									
	氏名						性別	男・女			
	生年月日	年 月 日					世帯主からみた続柄				
	個人番号										
5	フリガナ	/									
	氏名						性別	男・女			
	生年月日	年 月 日					世帯主からみた続柄				
	個人番号										

◎注意事項

- ・国保をやめる方全員分の新しい健康保険証の写しと国民健康保険証原本を添付してください。
- ・世帯主の本人確認書類(運転免許証等の顔写真付きのもの)の写しを添付してください。
- ・世帯主及び国保をやめる方全員分の個人番号の確認書類(通知カードなど)の写しを添付してください。
- ・限度額認定証をお持ちの方は、原本を添付してください。
- ・新しい健康保険証に記載している資格取得年月日以降に国民健康保険証を使用して医療機関を受診した方は、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。