

国民健康保険被保険者資格喪失・適用除外(変更)届

(宛先)瀬戸市長
下記のとおり届けます。

この欄には、住所、世帯主の氏名、電話番号、届出年月日(書類を記入した日)及びこの書類を記入した方の氏名を記入してください。

届出年月日		令和 年 月		被保険者証番号	
世帯主	住所 <small>アパート・マンション名</small>	瀬戸市		主氏名 世帯区分 一般 擬制	
	氏名			12 社保加入 (令和 年 月 日)	
	電話番号 () - () ()	自宅・携帯()・勤務先		13 生保開始 (令和 年 月 日) 14 死亡 (令和 年 月 日)	
記入者氏名	世帯主が記入の場合は不要		同日届出	葬祭費 還付金請求書 学・遠非該当 送付先変更 その他()	
備考					

フリガナ	性別	生年月日	世帯主との続柄	続柄変更	異動日	異動事由	診療の有無	被保険者証等処理
被保険者の氏名		個人番号			(住) 消除日			
	男・女	大昭平令 年 月 日		↑	昭・平・令		有 入院 無 外来	回収一般 退職 前期 限度額減額 特定疾病 未回収 郵送回収
	男・女	大昭平令 年 月 日		↑				
	男・女	大昭平令 年 月 日		↑				
	男・女	大昭平令 年 月 日		↑				
	男・女	大昭平令 年 月 日		↑				
	男・女	大昭平令 年 月 日		↑				

喪失届に必要なもの
 1. 『国民健康保険被保険者資格喪失届』
 2. 会社から届いた『健康保険被保険者証』のコピー
 3. 国民健康保険被保険者証(薄紫色)
 上記3点を送付してください。

この欄には、国民健康保険の資格を喪失する方全員の氏名、性別、世帯主との続柄及び個人番号(マイナンバー)を記入してください。

受付場所	市役所 水野 品野 幡山 ゆうびん	宛先: 自宅・支所
------	-------------------	-----------

保険料	・精算説明のみ ・試算お渡し ・還付案内あり ・精算納付書手渡しあり ・滞納相談 ・口座 変更/停止 ・その他()
-----	--