

国民健康保険被保険者資格喪失届

国 保 記 号 番 号

資 格 喪 失 年 月 日

世帯主の
被保険者資格

国民健康保険から他の保険へ加入した全員を記入してください

有 ・ 無(擬主)

※太枠内を
ご記入

資格喪失理由

転 出

社 保 加 入

他 保 加 入

生 保 開 始

死 亡

そ の 他
()

①

②

③

④

⑤

⑥

新しく健康保険に加入したことが分かる証明書(全員分)の写し
または
新しく加入した健康保険の資格確認書(全員分)の写し
を添付してください。

上記のとおり届けます。

令和 6 年 12 月 2 日

世 帯 主
(届出義務者)

住 所 甲斐市 篠原2610

個人番号(マイナンバー)

1234 5678 9101

氏 名 甲斐 一郎

電話番号 090-〇〇〇〇-△△△△

届 出 人

個人番号(マイナンバー)

- ①. 世帯主 ⇒ 以下の記入は不要です。
②. 異動者本人
③. 世帯員
④. 代理人(委任状添付)

氏 名

※代理人は個人番号の記入不要

電話番号

甲斐市長 様

受 付

竜 ・ 敷 ・ 双

	①	②	③	④	⑤	⑥
※職員窓口チェック欄	転出	社保加入	他保加入	生保開始	死亡	その他
証明添付		☐	☐	☐		☐
証明添付のない場合の確認欄 (社保・他保加入のみ。他は証明書必須)	マイナポータル確認		会社(担当者)名：			
	新保険者番号：				記号番号：	
	本人・扶養区分： ☐ 本人() ☐ 家族()					
各種証回収(最大4種)	回収・無効	回収・無効	回収・無効	回収・無効	回収・無効	回収・無効
喪失後受診確認(医療費返還請求)	受診 有 無	受診 有 無	受診 有 無	受診 有 無		受診 有 無
課税更正内容説明	☐	☐	☐	☐	☐	☐
振替口座の有無と廃止	口座 有 無	口座 有 無	口座 有 無	口座 有 無	口座 有 無	口座 有 無
市総合健診・人間ドックの確認	☐	☐	☐	☐		☐

※「転出」は、
特定同一世帯
連絡票の発行
も確認してくだ
さい。