

# 国民健康保険被保険者資格喪失(適用終了)届

泉大津市長 様

つながりやすいお電話番号を  
ご記入ください

## 【記入例】 社会保険加入の場合

世帯主	住所	泉大津市 <b>〇〇町〇丁目〇番〇号</b>			
	氏名	<b>泉大津 太郎</b>	TEL	自宅	<b>〇〇-〇〇〇〇</b>
				携帯	<b>〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇</b>
申請者	住所	<b>同上</b>			
	氏名	<b>泉大津 花子</b>	TEL	自宅	
				携帯	<b>〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇</b>
転出先	住所				

お手続きには

- ・国民健康保険証（70歳以上の方は高年齢受給者証も）の返却
- ・社会保険証（70歳以上の方は高年齢受給者証も）の提示（国民健康保険加入者全員分・コピー可）

が必要です

枝番	氏名	生年月日	続柄	個人番号
	<b>泉大津 太郎</b>	昭平 〇〇・〇〇・〇	本人	(省略可)
	<b>泉大津 花子</b>	昭平 〇〇・〇〇・〇	妻	(省略可)
	<b>泉大津 一郎</b>	昭平 〇〇・〇〇・〇	子	(省略可)
		昭平 . .		

今回、泉大津市国民健康保険が喪失になる方、全員の氏名等をご記入ください

※ 社会保険の資格取得日（扶養認定日）以降に、受診や処方を受ける場合、医療機関や調剤薬局、整骨院に新しい保険証に変わることをお伝えください

誓約書	被保険者証紛失のため返納できませんが資格喪失後の診療については貴市に負担をかけないことを誓約いたします。			
	世帯主氏名	<b>泉大津 太郎</b>		
	届出人氏名	<b>泉大津 花子</b>		

被保険者証（70歳以上の方は高年齢受給者証も）を紛された場合は、署名してください

医療機関受診 (あり なし)  
返納金説明済 同・申  
用封筒渡し済 保険証回収入力済

電算処理

保険料	給付

子育て応援課  
福祉課  
福祉課