

国民健康保険被保険者資格喪失(適用終了)届

泉大津市長

泉大津市の住所

**つながりやすい電話番号を
ご記入ください**

世帯主	住所	泉大津市 ○○町○丁目○番○号		
	氏名	泉大津 太郎	TEL	自宅 ○○-○○○○ 携帯 ○○○-○○○○-○○○○
<p>現在の住所</p> <p>○○県○○市○○町○丁</p>			<p>転出先の住所</p> <p>○○県○○市○○町○丁目○番○号</p>	
申請者	住所			
	氏名	泉大津 花子	携帯	○○○-○○○○-○○○○
転出先	住所	○○県○○市○○町○丁目○番○号		

資格確認書等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。

資格確認書（70歳以上の方は高齢受給者証も）を紛失された場合は、署名してください

【記入例】 転出の場合

お手続きには

- ・泉大津市国民健康保険の資格確認書（70歳以上の方は高齢受給者証も）の返却
 - ・申請者の本人確認書類の写し
が必要です

**お手続き内容によって、後日追加
でお手続きが発生する場合があり
ます。**

※ 泉大津市国民健康保険を使用できるのは、転出日の前日までです。転出日以降は新しい住所地での保険を使用することとなりますので、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に変わることをお伝えください

□ 檢討問題之組 日期檢討之組

- 年金
- 子育て応援課
- 高齢介護課
- 障がい福祉課
- その他（）

電算處理

保険料 給付