

# 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

## 【記入例】 転出の場合

世帯主	住所	泉大津市 ○○町○丁目○番○号	
	氏名	泉大津 太郎	
申請者	住所	○○県○○市○○町○丁目○番○号	
	氏名	泉大津 花子	
転出先	住所	○○県○○市○○町○丁目○番○号	

現在の住所

転出先の住所

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。  
連絡のつきやすい電話番号をご記入ください。

枝番	氏 名	生年月日	世帯主との続柄	個人番号
	泉大津 太郎	昭平 〇〇・〇〇・〇	本人	( 省略可 )
	泉大津 花子	昭平 〇〇・〇〇・〇	妻	( 省略可 )
	泉大津 一郎	昭平 〇〇・〇〇・〇	子	( 省略可 )
		昭平 . .		
		昭平 . .		

今回、泉大津市外へ転出される方、  
全員の氏名等をご記入ください

※ 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

誓約書	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
	<p>世帯主氏名 泉大津 太郎</p> <p>申請者氏名 泉大津 花子</p>

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

<input type="checkbox"/> 返信用封筒返付済 <input type="checkbox"/> 証回収済み済					
電算処理					
<input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 子育て応援課 <input type="checkbox"/> 高齢介護課 <input type="checkbox"/> 障がい福祉課 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<table border="1"> <tr> <th>保険料</th> <th>給付</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	保険料	給付		
保険料	給付				

後日又給 ( 年 月 日 )