

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	○○-○○○○
申請者	住所	同上	TEL	自宅	
	氏名	泉大津 花子		携帯	○○○-○○○○-○○○○
転出先	住所				

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

卷之三

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

泉大津 太郎

申請者氏名

泉大津 花子

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

【記入例】 社会保険加入の場合

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
 - ・社会保険の資格確認書または資格情報のお知らせ（マイナポータルの健康保険証情報の画面を印刷したものでも可）（70歳以上の方は高齢受給者証も）の提示（国民健康保険加入者全員分・コピー可）

が必要です

*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

□返納金說明清

同 · 申

□返信用封筒渡し済

口証回收入力済

雷算机理

子育て応援課
補訳

卷之三