

国民健康保険異動（喪失）届

吹田市長宛

(/)

本人確認	番号確認	受付	入力	入力チェック
		(郵)		

届出日	令和 年 月 日	異動日	令和・平成 年 月 日	事由	<input type="checkbox"/> 社保加入 <input type="checkbox"/> 国組加入					
届出人	氏名		世帯主との関係 本人・夫・妻・子・()		世帯主	<input type="checkbox"/> 届出人と同じ 氏名				
	住所 (吹田市)		連絡先			個人番号 (マイナンバー)				
	届出人が世帯主でない場合は、どちらかにチェックし、署名してください。 <input type="checkbox"/> 国民健康保険脱退等について、世帯主の了承を得ています。 <input type="checkbox"/> 国民健康保険脱退等について、世帯主に説明します。 署名 _____					連絡先				
フリガナ 脱退者氏名		生年月日		性別	続柄	個人番号(マイナンバー) 宛番号等			事務処理及び入力手順 ※ 必要事項を記入のうえ、以下の書類を同封して、返送してください。 1 新しい資格確認書の写し(新しく加入された方全員分、必須) 2 国民健康保険の原本 3 本人確認書類の写し(マイナ保険証、運転免許証 など)	
		令・平・昭・西暦 年 月 日		男 ・ 女	世帯主 夫・妻 子 ()	情報照会() <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 修学中の特例 <input type="checkbox"/> 遠隔地の特例				
		令・平・昭・西暦 年 月 日		男 ・ 女	夫・妻 子 ()	情報照会() <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 修学中の特例 <input type="checkbox"/> 遠隔地の特例				
		令・平・昭・西暦 年 月 日		男 ・ 女	夫・妻 子 ()	情報照会() <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 修学中の特例 <input type="checkbox"/> 遠隔地の特例				
		令・平・昭・西暦 年 月 日		男 ・ 女	夫・妻 子 ()	情報照会() <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 修学中の特例 <input type="checkbox"/> 遠隔地の特例				
誓約	被保険者証紛失のため返還できませんが、資格喪失後の診療について、貴市に負担を かけないことを誓います。 令和 年 月 日 世帯主氏名					国保番号			世帯区分	異動人数
									普・擬	/
						確認事項			被保険者証	
						<input type="checkbox"/> 収納状況(普・口・特・併)			<input type="checkbox"/> 保険証(回収・未回収)	
						<input type="checkbox"/> 喪失後給付状況(有・無)			<input type="checkbox"/> 高齢受給者証(回収・未回収)	

国民健康保険異動（喪失）届

【届出日・異動日】記入しないでください。

記入例

社保

【世帯主】
 ※届出人が世帯主の場合
 届出人と同じに、チェックしてください。
 ※届出人が世帯主でない場合
 世帯主の欄に、必要事項を記入してください。

届出日	令和 年 月 日	異動日	令和・平成 年 月 日				
届出 人	氏名 吹田 花子	世帯主との関係 本人・夫・妻・ <input checked="" type="radio"/> 子・()	連絡先 080 - 0000 - 0000	<input type="checkbox"/> 届出人と同じ	氏名 吹田 太郎		
	住所 (吹田市) 泉町1-3-40	【連絡先】 【署名】 届出人が世帯主でない場合は、どちらかに、チェックし、署名してください。	個人番号 (マイナンバー)	△ △ △ △ △ △ △ △ △ △ △ △ △ △ △ △	連絡先 090 - ×××× - ××××		
	<input checked="" type="checkbox"/> 国民健康保険脱退等について、世帯主の了承を待っています。	<input type="checkbox"/> 国民健康保険脱退等について、世帯主に説明します。	署名 吹田 花子	住所 吹田市	同 左		
1 2 3 4	フリガナ 脱退者氏名 スイタ タロウ	吹田 太郎	生年月日 令・平・ <input checked="" type="radio"/> 昭・西暦 36年1月3日	性別 <input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女	続柄 <input checked="" type="radio"/> 世帯主 夫・妻 子 ()	個人番号(マイナンバー) 宛名番号等	事務処理及び入力手順 ※ 必要事項を記入のうえ、以下の書類を同封して、返送してください。 1 新しい資格確認書の写し (新しく加入された方全員分、必須) 2 国民健康保険の原本 3 本人確認書類の写し(マイナ保険証、運転免許証 など)
	スイタ ハナコ	吹田 花子	令・ <input checked="" type="radio"/> 平・昭・西暦 3年2月5日	男 ・ <input checked="" type="radio"/> 女	夫・妻 <input checked="" type="radio"/> 子 ()	情報照会() <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 修学中の特例 <input type="checkbox"/> 遠隔地の特例	
	スイタ イチロウ	吹田 一郎	<input checked="" type="radio"/> 令・平・昭・西暦 2年5月2日	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女	夫・妻 子 (子の子)	情報照会() <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 修学中の特例 <input type="checkbox"/> 遠隔地の特例	
			令・平・昭・西暦 年 月 日	男 ・ 女	夫・妻 子 ()	情報照会() <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 修学中の特例 <input type="checkbox"/> 遠隔地の特例	
誓約	被保険者証紛失のため返還できませんが、資格喪失後の診療について、貴市に負担を かけないことを誓います。			国保番号		世帯区分	異動人数
	令和 年 月 日 世帯主氏名			確認事項 <input type="checkbox"/> 収納状況(普・口・特・併) <input type="checkbox"/> 喪失後給付状況(有・無)		普・擬	/
					被保険者証 <input type="checkbox"/> 保険証(回収・未回収) <input type="checkbox"/> 高齢受給者証(回収・未回収)		

脱退する世帯員全員を
記入してください。