

国民健康保険の資格喪失手続きに関する届出書（書類I）

令和 年 月 日

境港市長 様

届出者(世帯主)	氏 名	_____
	住 所	_____
	個人番号	_____
	電話番号	_____

下記のとおり届け出ます。

記

記号・番号		記号	境港	番号				
資格喪失となる被保険者	氏名	生年月日		個人番号			社会保険等の資格取得日	左記の日以降の受診の有無
		昭和 平成 令和	年 月 日				令和 年 月 日	有 ・ 無
		昭和 平成 令和	年 月 日				令和 年 月 日	有 ・ 無
		昭和 平成 令和	年 月 日				令和 年 月 日	有 ・ 無
		昭和 平成 令和	年 月 日				令和 年 月 日	有 ・ 無

※太枠内について、ご記入ください。

【届出される方へ】

※社会保険等の資格取得日以降に、国民健康保険の保険証を使って医療機関・薬局・整骨院等を受診された場合は、本人負担分以外の医療費を、境港市国民健康保険に返還していただく場合があります。

なお、返還後、受診日に加入していた健康保険に請求を行えば、同額が給付されます。

※受診された場合は、受診された医療機関・薬局・整骨院等に、保険証が変更になったことを必ず連絡してください。