

# 国民健康保険の資格喪失手続に関する届出書（書類1）

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	

●同封書類（送付前にご確認ください。） ※同封されていない場合は、受付できません。
<input type="checkbox"/> 新しい健康保険の資格確認書等（※）の写し ※「資格確認書」または「資格情報のお知らせ（切取部分は原則不可）」
<input type="checkbox"/> 国民健康保険の資格確認書（交付されている場合のみ）の原本 ※紛失している場合は、国民健康保険資格確認書等再交付申請書 (書類2)を記入の上、同封。
<input type="checkbox"/> 届出者（世帯主）の本人確認書類の写し ※顔写真付きのものは1点、顔写真がないものは2点必要。

下記のとおり届け出ます。

記

被保険者記号・番号		記号	境港	番号	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
資格喪失となる被保険者	氏名	生年月日	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、国民健康保険の資格で医療機関・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、医療費の返還後、受診日に加入していた健康保険に請求を行えば、返還した医療費が支給されます（※支給額は同額ではない場合もあります。詳しくは、受診日に加入していた健康保険にお問い合わせください）。

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