

# 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

| 被保険者記号・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<br>平成<br>令和 | 年 月 日 |      |  |  | 令和 年 月 日    | 有 ・ 無        |
|             |    | 昭和<br>平成<br>令和 | 年 月 日 |      |  |  | 令和 年 月 日    | 有 ・ 無        |
|             |    | 昭和<br>平成<br>令和 | 年 月 日 |      |  |  | 令和 年 月 日    | 有 ・ 無        |
|             |    | 昭和<br>平成<br>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、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、健康保険が変更になったことを必ず連絡してください。