

|                 |    |    |             |             |                         |
|-----------------|----|----|-------------|-------------|-------------------------|
| 国民健康保険被保険者資格喪失届 |    |    |             |             | <div>喪失</div>           |
| 国 保 番 号         | 奈7 |    |             |             |                         |
| 喪 失 区 分         | 全部 | 一部 | 擬制 設定<br>解除 | 適用終了<br>年月日 |                         |
|                 |    |    |             |             | 令和      年      月      日 |

届 出 日    令和      年      月      日

|            |      |                          |                      |      |                                      |
|------------|------|--------------------------|----------------------|------|--------------------------------------|
| 住 所        | 五條市  |                          |                      |      |                                      |
| 世帯主氏名      |      |                          | TEL<br>( 世帯主 ・ 届出人 ) | 個人番号 |                                      |
| 国保喪失する方の氏名 |      | 生年月日                     | 続柄                   | 個人番号 | 資格喪失の理由                              |
| 1          | フリガナ | 昭平令      年      月      日 |                      |      | 1.社会保険加入                             |
| 2          | フリガナ | 昭平令      年      月      日 |                      |      | 2.他国保加入                              |
| 3          | フリガナ | 昭平令      年      月      日 |                      |      | 3.生活保護開始<br>(      年      月      日 ) |
| 4          | フリガナ | 昭平令      年      月      日 |                      |      | 4.後期加入<br>(      年      月      日 )   |
| 5          | フリガナ | 昭平令      年      月      日 |                      |      | 5.職 権 抹 消                            |
| 6          | フリガナ | 昭平令      年      月      日 |                      |      | 6. そ の 他                             |

私は、民法第703条の規定に基づき、五條市国民健康保険被保険者資格喪失後の医療機関受診により発生する返還金の請求について、返還することに同意します。

氏 名

新たに加入した社会保険(他 国保)

|                 |                                |       |  |
|-----------------|--------------------------------|-------|--|
| 加入年月日           | 令和      年      月      日        | 保険者番号 |  |
| 保険証<br>記号・番号・枝番 | 記号      番号      枝番<br>(      ) | 保険者名称 |  |
| 本・扶別            | 本 人 ・ 扶 養 (      )             | 事業所名称 |  |

※以下保険年金課記入欄

☐ マイナポータルにて確認 (      ・      )

|                        |                                                                        |                                                                 |
|------------------------|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 資格確認書<br>・資格情報のお知らせ 回収 |                                                                        | <input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 破棄依頼       |
| 保険者登録                  |                                                                        |                                                                 |
| 税額更正                   | 即時更正 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要           |                                                                 |
|                        | [必要な場合] 更正通知 <input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送 |                                                                 |
| 課税区分<br>再判定            | 高齢証                                                                    | 差替え ( <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 ) |
|                        | 限度額適用認定証                                                               | 差替え ( <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 ) |
|                        | [必要な場合] <input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送      |                                                                 |
| 福祉医療係引継ぎ               |                                                                        |                                                                 |

|                                                                                                                                                                         |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| 本人確認(届出人)                                                                                                                                                               |   |
| <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証<br><input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 手帳<br><input type="checkbox"/> その他(      ) |   |
| 世帯主 ・ 世帯員                                                                                                                                                               | 様 |
| 代理人                                                                                                                                                                     | 様 |
| 確認者                                                                                                                                                                     |   |