

国民健康保険資格喪失届（郵送用）

（提出先）滝沢市長

記入年月日	年 月 日
-------	-------

太枠の中だけ記入してください。

世帯主	住所		氏名			届出人	氏名	
	滝沢市						※世帯主の方は省略できます	
	電話番号		個人番号				世帯主との関係（ ）	
	— —							
国民健康保険の記号番号		—		国民健康保険資格喪失日	※新たに加入した保険証にて確認しますので、必ずコピーを郵送してください。			
喪失する人	氏名		性別	生年月日		世帯主との続柄	国民健康保険証の返還の有無 (無の場合、その理由)	
	1	個人番号	男女	昭平	年 月 日		有・無【紛失・その他（ ）の為】	
	2	個人番号	男女	昭平	年 月 日		有・無【紛失・その他（ ）の為】	
	3	個人番号	男女	昭平	年 月 日		有・無【紛失・その他（ ）の為】	
	4	個人番号	男女	昭平	年 月 日		有・無【紛失・その他（ ）の為】	
	5	個人番号	男女	昭平	年 月 日		有・無【紛失・その他（ ）の為】	

国民健康保険の保険証を返還できない場合でも、後日発見したときはその保険証を使用せず、必ず返還ください。
国民健康保険の資格喪失後、保険証を使用した場合は、その分の医療費をお返しいただくこととなります。

※ **社会保険証などの保険証のコピーがないと受付できません。ご注意ください。**

《手続き方法》

上記の資格喪失届の太枠内を全て記入し、**社会保険など新たに加入した保険証(全員分)のコピー**と

国民健康保険証を同封して保険年金課へ郵送してください。

(問い合わせ・宛先)
〒020-0692 滝沢市中鶉飼 55 番地
滝沢市役所
健康福祉部保険年金課 国民健康保険担当
電話 019-656-6528 (直通)