

国民健康保険資格喪失届（一部・全部）

河内長野市長あて
下記のとおり届出します

※太わく内を記入してください。

令和 年 月 日
フリガナ
届出人 氏名
(届出人 電話番号)

記 号 番 号	長国	
世帯 区 分	普通	擬制

	異動事由	コード
取 得	転 入	01
	社保離脱	02
	生保廃止	03
	出 生	04
	国組離脱	06
	他適用開始	09
	後期離脱	43

	異動事由	コード
喪 失	転 出	11
	社保加入	12
	生保開始	13
	死 亡	14
	国組加入	16
	他適用終了	19
	繰上後期	42

健康保険の資格取得状況が確認できるものを添付してください。内容確認のためマイナンバーに紐づく情報にアクセスしたり、保険組合や職場へ電話等を行う場合があります。

世帯住所	河内長野市	フリガナ		電話番号（世帯主）	□届出人と同じ	被保険者数
	世帯主氏名	□届出人と同じ / □生活保護受給中 / □国組加入中	自宅： — —		旧 人	
					携帯： — —	新 人

異動する人全員について記入してください	フリガナ 被保険者氏名	性 別	生 年 月 日	世帯主から 見た続柄	マイナ 保険証利用	資格取得・喪失年月日 異 動 年 月 日	事由	社 保	回収日 (訂正日)	[確認事項] □座 ・ 送付先 ・ 非自発 即時更正 済 ・ 未 (転入・減免有) ・ 発送日: 令和 年 月 日 ・ 未申告者 : 有 ・ 無 ・ 収納同封物: 有 ・ 無 高齢受給者証 有 ・ 無 ・ 回収済 (割) → (割) ※ 月~	○医療給付引き継ぎ○ □ 限度証・医療証・特定疾 病証あり □ 受診あり 同意書 (済 ・ 返送予定) □ その他 ○収納係引き継ぎ○ □ 納付 ・ 納付相談 □ その他 □ 転入者前住所 ※7月末までは 前年度も必要 R .1.1: _____ 市 R .1.1: _____ 市
	□届出人と同じ	男・女	昭・平・令 ・ ・		利用中 利用なし	得 ・ 喪 令和 年 月 日		本・扶			
	マイナンバー(省略可※)										
		男・女	昭・平・令 ・ ・		利用中 利用なし	得 ・ 喪 令和 年 月 日		本・扶			
	マイナンバー(省略可※)										
		男・女	昭・平・令 ・ ・		利用中 利用なし	得 ・ 喪 令和 年 月 日		本・扶			
	マイナンバー(省略可※)										
		男・女	昭・平・令 ・ ・		利用中 利用なし	得 ・ 喪 令和 年 月 日		本・扶			
	マイナンバー(省略可※)										
		男・女	昭・平・令 ・ ・		利用中 利用なし	得 ・ 喪 令和 年 月 日		本・扶			
マイナンバー(省略可※)											

※[氏名漢字・氏名フリガナ・住所・生年月日・性別]を漏れなくご記入の場合はマイナンバーの記入を省略することができます。

---市役所使用欄---

社会保険資格 取得 ・ 喪失 確認欄 (確認方法: 電話 / マイナポータル)

照 会 先	□全国健康保険協会 大阪支部 □勤務先 □健康保険組合 (その他:)	対 象 者 情 報	氏 名	記号・番号	・	□別紙参照
	取得・喪失日		令和 年 月 日	保険者名	□全国健康保険協会 大阪支部	
	氏 名			保険者番号	□01270016	
	取得・喪失日		令和 年 月 日			
	担当者名:					
	TEL: — —					

窓 口	資賦(委)	資賦(委検)	資賦(渡)	年金	給付	収納
検 認		資賦(職窓)	資賦(職後)		給付(職)	