

国民健康保険被保険者 適用終了(資格喪失) 届
(一般・高齢受給者証)

鎌ヶ谷市長 あて

届出日	令和	年	月	日	全部	窓口
記号番号	鎌				・	・
適用終了年月日	令和	年	月	日	一部	郵送

※太枠内をご記入ください

氏名		世帯主との続柄 個人番号 確認方法	性別	生年月日	適用終了事由	個人番号 確認方法	適用終了事由	＜郵送提出の方＞ ①～③を確認してください	
国民健康保険をやめる人	1		男	昭 ・ 平 ・ 令		A 個人番号 カード	00 その他喪失 (加入不要)	<input type="checkbox"/> ① 新たに取得した「健康保険証」の写し 又は「資格情報のお知らせ」の写し 若しくは「資格確認書」の写し(全員分) <input type="checkbox"/> ② 公的機関が発行した写真付き 本人確認書類の写し(世帯主又は申請者) (マイナンバーカード) *左記のうち (運転免許証) いずれか1点 (パスポート) 等 ※写真付き本人確認書類がない場合は、 「氏名・生年月日」又は「氏名・住所」 が入った証明書類の写し 3種類 <input type="checkbox"/> ③ 国民健康保険被保険者証 (資格情報のお知らせ又は資格確認書)原本 ※ <input type="checkbox"/> 紛失された方はこちらに <input checked="" type="checkbox"/> してください	
			女			B 通知カード	01 転出 02 死亡		
	2		男	昭 ・ 平 ・ 令		C 個人番号が 記載された 住民票等の 写し	03 生活保護開始 *適用終了年月日: 開始日又は停止期間の翌日		
			女				D オンライン		
	3		男	昭 ・ 平 ・ 令			取得日確認 <input type="checkbox"/> 資格確認書 / 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> 年金得喪 <input type="checkbox"/> 情報連携 <input type="checkbox"/> マイナポータル		
4		男	昭 ・ 平 ・ 令						
5		女	昭 ・ 平 ・ 令						
フリガナ		世帯主						備考	
世帯主名		電話番号		-					
住所		世帯員 ()		-				被保険者証等回収 確認	
鎌ヶ谷市								回収済 ・ 未回収 紛失/郵送予定/未更新	
届出人	続柄	<input type="checkbox"/> 世帯主本人 <input type="checkbox"/> 世帯員	氏名	住所	<input type="checkbox"/> 同上	電話番号	<input type="checkbox"/> 同上		

〒273-0195

鎌ヶ谷市新鎌ヶ谷二丁目6番1号 鎌ヶ谷市役所 保険年金課国民健康保険係

047-445-1204

郵送受領日

令和

年

月

日