

瑞穂町国民健康保険資格喪失の手続きについて

記

1. 必要書類

(1) 瑞穂町国民健康保険資格喪失届出書

「瑞穂町国民健康保険資格喪失届出書」に必要事項を記載してください。

(2) お手持ちの瑞穂町国民健康保険被保険者証等

※瑞穂町国民健康保険を喪失する方全員分

(3) 新たに加えた健康保険の資格確認書等の写し（コピー）

※瑞穂町国民健康保険を喪失する方全員分の表面の写しを必要書類貼付用紙に貼り付けをお願いいたします。

2. 手続き

(1) 上記必要書類をご自身で用意していただいた封筒に入れて送付してください。

(2) 住民課国保年金係で郵送書類を受理し、資格喪失手続き後に完了通知を送付いたしますのでご確認ください。

なお、国民健康保険税の税額変更（減額・還付等）については、後日通知が届きますのでご確認ください。

また、新しい健康保険の資格取得日以降に、瑞穂町国民健康保険被保険者証等を使って医療等を受けた場合、その医療費の保険者負担分の返還をお願いすることがありますのであらかじめご了承ください。（その医療等を受けた日が今月であれば、受診した医療機関等に保険の変更を必ず連絡してください。）

3. 郵送先

ご自身で用意していただいた封筒で、以下の送付先に郵送してください。

〒190-1292

東京都西多摩郡瑞穂町大字箱根ヶ崎2335番地

瑞穂町 住民部 住民課 国保年金係

電話 042-557-7578（直通）

瑞穂町国民健康保険資格喪失届出書

瑞穂町長 様

現在加入中の瑞穂町国民健康保険について、以下のとおり郵送にて資格喪失の届出をいたします。

1. 世帯主名等記載欄

記入者氏名 _____ 届出日 _____ 年 月 日

世帯主氏名 _____ (個人番号) _____

住 所 瑞穂町 _____

電 話 番 号 (_____) _____

社会保険等資格取得年月日 _____ 年 月 日

※被保険者証に記載されている資格取得年月日を記入してください。

2. 資格喪失対象者

(国民健康保険資格喪失する方だけ記入してください。)

	氏名(フリガナ)	生年月日	続柄	個人番号(マイナンバー)
1		年 月 日		
2		年 月 日		
3		年 月 日		
4		年 月 日		
5		年 月 日		
6		年 月 日		

3. 社会保険等資格取得後の瑞穂町国民健康保険被保険者証の使用

有 ・ 無

※どちらかに○をつけてください。

必要書類貼付用紙

新しい資格確認書等の写し貼付欄（国民健康保険を脱退する方全員分）