

※人数分の新しい健康保険証のコピーと、国民健康保険被保険者証(原本)を必ず同封してください。

郵送専用

杉並区長宛



# 国民健康保険被保険者適用終了届

届出(記入)年月日

年 月 日

下記のとおり届け出ます。

住所 杉並区

丁目 番 号 方

氏名

電 話

自 宅  
携帯・他

個人番号

※世帯主以外の方は記入してください。

住所

丁目 番 号 方

氏名

電 話

※太線の枠内を記入してください。

枝番	フリガナ 脱退する方の氏名	生 年 月 日	返却できない理由	保険証 回 収	高 齢 受給者証	備 考
		昭和 平成 令和 年 月 日	1 なくした 2 忘れた 3 その他( )	有・無	2割・3割 回 収 有・無	個人番号 住所異動に伴う世帯構成変更 有・無
		昭和 平成 令和 年 月 日	1 なくした 2 忘れた 3 その他( )	有・無	2割・3割 回 収 有・無	個人番号 住所異動に伴う世帯構成変更 有・無
		昭和 平成 令和 年 月 日	1 なくした 2 忘れた 3 その他( )	有・無	2割・3割 回 収 有・無	個人番号 住所異動に伴う世帯構成変更 有・無
		昭和 平成 令和 年 月 日	1 なくした 2 忘れた 3 その他( )	有・無	2割・3割 回 収 有・無	個人番号 住所異動に伴う世帯構成変更 有・無

事 由	1.転出 2.社保加入 3.生保開始 4.死亡 5.他適用終了 6.組合加入 7.後期加入障害認定			<p style="text-align: center;"><b>誓 約 書</b></p> <p>上記の理由により、被保険者証を適用終了届と共に返却できませんが、資格喪失後の治療については杉並区に負担をかけない事を誓約いたします。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p>世帯主氏名 _____</p>		転出年月日 . . .
区 分	全部・一部	事 由 発 生 年 月 日	転出先住所			
記 号 番 号	15- -	適 用 終 了 年 月 日	新被保険者証記載事項 健康保険記号番号 保険者名称 保険者所在地 電話 ( )			
受 付 場 所	国保年金課国保資格係(郵送)	受 付 入 力 点 検				

※届出時に被保険者証を返還できない場合は誓約書に記入してください