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)

鎌ケ谷市長　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 / 個人番号	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
国民健康保険をやめる人	1			男・女	昭 平 令　・　・	
	2			男・女	昭 平 令　・　・	
	3			男・女	昭 平 令　・　・	
	4			男・女	昭 平 令　・　・	
	5			男・女	昭 平 令　・　・	

個人番号確認方法	適用終了事由
A 個人番号カード	00 その他喪失（加入不要）
B 通知カード	01 転出
C 個人番号が記載された住民票等の写し	02 死亡
	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
	04 社会保険加入(本人)
D オンライン	05 社会保険加入（被扶養者）
	06 国保組合加入
	16 障害認定(後期加入)

＜郵送提出の方＞
①～③を確認してください

① □ 新たに取得した健康保険証の写し(全員分)
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）
（運転免許証）
（パスポート）等
＊左記のうちいずれか１点
※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
③ □ 国民健康保険証の原本
※ □ 国民健康保険証（紛失）
紛失された方はこちらに☑してください

備考

フリガナ / 世帯主名	電話番号	世帯主 / 世帯員（　　）

住所　鎌ケ谷市

作成	確認	年金	保険証回収 確認
		済・未	回収済・未回収　紛失／郵送予定／未更新

届出人	続柄	□ 世帯主本人 / □ 世帯員	氏名		住所	□ 同上	電話番号	□ 同上

〒273-0195
鎌ケ谷市新鎌ケ谷二丁目６番１号　鎌ケ谷市役所　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