

国民健康保険被保険者異動届 国保脱退用

届出年月日	令和 年 月 日
-------	----------

届出人

住所	TEL:
----	------

No.	氏名	生年月日	個人番号(マイナンバー)	性別	続柄	野洲市国民健康保険証
1		昭和 令和 年 月 日 平成		男 女		同封 紛失 その他()
2		昭和 令和 年 月 日 平成		男 女		同封 紛失 その他()
3		昭和 令和 年 月 日 平成		男 女		同封 紛失 その他()
4		昭和 令和 年 月 日 平成		男 女		同封 紛失 その他()
5		昭和 令和 年 月 日 平成		男 女		同封 紛失 その他()
6		昭和 令和 年 月 日 平成		男 女		同封 紛失 その他()
7		昭和 令和 年 月 日 平成		男 女		同封 紛失 その他()

◎同封いただくもの

- ・ 新規加入された保険証のコピー(加入者全員分)
- ・ 野洲市国民健康保険被保険者証 または 資格証明書 (ない場合は本人確認できる書類のコピー)
※上記野洲市国民健康保険証欄の該当するところに○をしてください。
- ・ 本人確認書類(免許証など)のコピー

※ 新規加入された保険証をコピーで確認出来た方のみでの処理となります。氏名欄に記載されている方でも、保険証のコピーが同封されていない方については、資格取得日 等が確認できないため処理できませんので注意してください。

※ 個人番号(マイナンバー)欄を空欄のまま送付された場合は市が職権で記載します。職権記載を拒否される場合は下記までご連絡ください。

担当 野洲市役所 保険年金課 国民健康保険担当 520-2395 野洲市小篠原2100番地1 077-587-6081(直通)