

国民健康保険 取得 喪失 申請書

保険証紛失 保険証再交付

・下記のとおり被保険者証を添えて届出ます。なお、資格喪失後の給付については、貴市に負担をかけないことに同意します。

届出日	令和 年 月 日	届出人	(世帯主との続柄)	
住所	うるま市	自宅()	—	
前住所 転出先		携帯()	—	
学校名 施設名		修学年	年	
		在学年	年	
新世帯主 氏名		旧世帯主 氏名		

新保険証番号		旧保険証番号	
う国	-	う国	-
開始	取得事由	終了	喪失事由
01 出生	15 喪失取消	21 死亡	39 その他喪失
02 転入	19 その他取得	22 転出	
03 社保離脱		23 社保加入	
05 国保組合離脱	変更事由	25 国保組合加入	その他
07 生保廃止		41 世帯主変更	
08 転居	55 学遠適用	28 転居	97 汚損、破損
12 後期高齢非該当	56 学遠終了	32 後期高齢該当	98 紛失
13 住所地特例	<input type="checkbox"/> 住所変更	34 職権消除	99 再交付
	<input type="checkbox"/> 氏名変更		

最終確認者

<備考>

	氏名	性別	生年月日	続柄	個人番号 (マイナンバー)	異動年月日	異動事由	備考										
1		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日			年 月 日		<input type="checkbox"/> 医療機関に対し、社会保険等の保険者番号及び、記号番号、資格(本人、家族)を伝え過誤調整を行うことに同意します。 <input type="checkbox"/> ①国民健康保険証、②社会保険カード等のコピー(世帯全員分、白黒可)、③免許証等の顔写真付き本人確認証のコピー(白黒可)をうるま市役所宛にお願いします。別世帯の方が手続きする場合は、委任状が必要です。 <input type="checkbox"/> 左記には、社会保険等に加入した方全員の情報をご記入ください。 ※不備があった場合、手続きできませんので再度ご確認ください <input type="checkbox"/> 社会保険の期間中に国民健康保険証で病院受診した際は、有にマルを付けてください。その場合、7割分の請求が国民健康保険課から届きます。一旦ご自身で負担いただき、それを社会保険事務所にお伝えください。										
2		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日			年 月 日												
3		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日			年 月 日												
4		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日			年 月 日												
5		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日			年 月 日												
6		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日			年 月 日												
7		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日			年 月 日												
8		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日			年 月 日												
9		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日			年 月 日												
被保険者証・喪失証明書		本人確認	委任状	受付担当者	任継案内	擬主説明	簡申	調定	口座振替	月例抜取	年金案内	Tel入力	給付関係	病院受診	給付繋	返納金説明	前期高齢負担割合	特定疾病限度額
交付・回収・返信用封筒・未更新・紛失 令和 年 月 日		免・マ・他							有・無	主・員	有・無		有・無	有・無				適用年月日※アクロメモ入力

(据置・再登録・取消)

★★★太枠内をご記入ください★★★