

芦屋市長 宛  
国民健康保険異動届(喪失用)

下記のとおり届出します。

届出日	年 月 日	世帯主		電話番号	
被保険者 番号		異動事由	社保加入 ・ 国組加入	個人番号	
現住所					

脱退される方全員の氏名等を記入してください。  
(世帯主が脱退する場合は世帯主の氏名等も含む)

番号	氏名	続柄	生年月日	個人番号
1	(フリガナ)		昭和・平成・令和	
			年 月 日	
2	(フリガナ)		昭和・平成・令和	
			年 月 日	
3	(フリガナ)		昭和・平成・令和	
			年 月 日	
4	(フリガナ)		昭和・平成・令和	
			年 月 日	
5	(フリガナ)		昭和・平成・令和	
			年 月 日	

(郵送前にご確認ください)

- 「世帯主」欄に世帯主の名前を記入しましたか。
- 脱退される方全員分の新しい資格情報のお知らせ(または資格確認書)の写しを添付していますか。  
※社会保険の資格取得年月日が表示された部分が必須となります。(「発行日」とは異なります。)
- これまでお使いの国民健康保険被保険者証・資格情報のお知らせ・資格確認書(原本)は同封していますか。  
※すでに被保険者証・資格情報のお知らせ・資格確認書を破棄・紛失された場合は、その旨を( )内にご記入ください。

( 破棄 ・ 紛失 ←いずれかに○ 様分)

※なお、社会保険の資格取得日以降に国民健康保険の資格情報(保険証の利用登録を行ったマイナンバーカード、資格確認書等)を提示して受診したことがある場合は、医療機関へ健康保険が切り替わっていることを必ずご連絡ください。後日、芦屋市国民健康保険が負担した給付額を請求させていただくことがございます。