

# 国民健康保険・国民年金異動届(脱退者用)

令和 年 月 日提出

住所	日田市	世帯主氏名	
	電話 - -		個人番号

※市記入欄

社会保険等資格取得証明書				
氏名		生年月日	資格取得年月日	国保資格確認書等
被保険者		S H R . . .	. . .	<input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 未回収
	個人番号			
被扶養者		S H R . . .	. . .	<input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 未回収
	個人番号			
者		S H R . . .	. . .	<input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 未回収
	個人番号			
者		S H R . . .	. . .	<input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 未回収
	個人番号			
者		S H R . . .	. . .	<input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 未回収
	個人番号			

国民年金			
基礎年金番号	種別	異動事由	喪失年月日
	1号 3号( )	喪失 変更	年金機構直近記録 . . . 入力データ . . .
	1号 3号( )	喪失 変更	年金機構直近記録 . . . 入力データ . . .

国民健康保険	
喪失年月日	記号番号
. . .	日国
摘要	喪失事由
	社保加入 国組加入 障害認定 取得 その他

誓約書	
社会保険等の資格取得日以降に、大分県国民健康保険で病院等を受診している場合は、必ず、病院に保険者が変更となったことを伝え、大分県国民健康保険へ請求されることのないようにします。 もし、医療機関から大分県国民健康保険に請求があった場合は、一部負担金を除き、全額返納することを誓約致します。	
世帯主	
窓口に来られた方	
氏名	

取得した保険資格の内容		保険者名
記号	番号	
		保険者番号
上記のとおり相違いないことを証明します。		
令和 年 月 日		
事業所所在地		
事業所名		
代表者名 (印)		
(電話 - - )		

※受診歴	無・有 (R . . .)	
	医療機関	
確認事項		受付者印
年金機構・事業所		



届出人	国保世帯員・代理人( )
-----	--------------

身元確認	マイナンバーカード・運転免許証 その他( )
------	---------------------------

担当課：日田市福祉保健部健康保険課 ( ☎ 0973-22-8271 )