

<別紙> 郵送にて国民健康保険の喪失手続きをする場合

以下の書類を、栃木市役所保険年金課国保係あてに送付ください。

- ① 国民健康保険異動届
- ② 現在加入されている社会保険の資格確認書または資格情報のお知らせのコピー【加入者全員分】
※ 転職等により社会保険を何度か切り替えたことがある場合は、最寄りの年金事務所で必要期間全ての情報が記載された「被保険者記録照会回答票」の交付を受けた上で回答票を添付
- ③ 届出人（又は世帯主）の本人確認書類のコピー
（マイナンバーカード、運転免許証、運転経歴証明書、在留カード、身体障害者手帳等）
- ④ 栃木市で発行した国民健康保険の資格確認書

（送付先：〒328-8686 栃木市万町 9-25 栃木市保険年金課国保係）

（記入例）

国民健康保険異動届

- ①現在加入されている社会保険の資格確認書 または 資格情報のお知らせの
コピー【加入者全員分】、
②本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証等：代表者1名分）のコピー、
③栃木市国民健康保険の資格確認書（原本） を添付してください。

届出日	令和 年 月 日
住 所	世帯主の氏名を記入してください。
世帯主名	
電話番号	連絡の取りやすい電話番号の記入をお願いします。

社会保険等に加入した人（被保険者・被扶養者を記入してください。）			
氏名	生年月日	続柄	国民健康保険 資格確認書
	S・H・R ・		同封・紛失
	S・H・R ・		同封・紛失
	S・H・R ・		同封・紛失
	S・H・R ・		同封・紛失
	S・H・R ・		同封・紛失
	S・H・R ・		同封・紛失

国民健康保険を喪失する方全員の氏名と、
世帯主から見た続柄を記入してください。

※社会保険等に加入した日以降は栃木市国民健康保険は使用できません。
国民健康保険の資格確認書をお持ちの方は必ず返却をお願いします。
同封または紛失に○をつけてください。

※事務処理欄
TASK処理（未・済）