

番 号
世帯主氏名 様

返還できない被保険者証

世帯全部

世帯一部（ _____ 様、 _____ 様、 _____ 様、 _____ 様）

本日の届出により下記 2 の事由に該当するため、令和 年 月 日から、本日返還ができない高崎市国民健康保険被保険者証（以下、未返還保険証という）の使用ができなくなりました。

以後、未返還保険証を使用して受診された医療費は返納していただく場合がありますので、医療機関での被保険者証の提示には十分注意してください。

〔事由〕

- 高崎市国民健康保険の加入者が他の市区町村に転出すると、その日から高崎市の国民健康保険での受診資格がなくなります。（転出による資格喪失）
- 高崎市国民健康保険の加入者が他の社会保険等に加入すると、その日から高崎市の国民健康保険での受診資格がなくなります。（社会保険等加入による資格喪失）
- 転居や世帯主変更等の住民異動の手続きをすると、被保険者証の記載事項が変更となるため、未返還保険証は使用できなくなります。
- その他（ _____ ）

誓 約 書

私は、本日の異動届出のときに、高崎市国民健康保険被保険者証を返還できませんでしたが、以後、未返還保険証は一切使用いたしません。

万一、未返還保険証を使用し診療を受けた場合は、医療費の全額を貴市に支払うことを誓約いたします。

令和 年 月 日

高 崎 市 長

世帯主 住所
氏名
電話 _____

代理人 住所
又は 氏名
世帯員 _____
電話 _____

（世帯主との続柄： _____）

（注）転出の場合は、新しい住所地の市（区）役所・町村役場で国民健康保険の加入手続きを行ってください。