第4号様式(第9条関係)

第　　　　　号

年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　様

富岡町長　　　　　　　　　　　㊞

富岡町国民健康保険の被保険者資格喪失について(通知)

あなたの世帯の　　　　　　　様は、富岡町国民健康保険に加入していましたが、職場の健康保険に加入していることが確認されました。

よって、職権により下記のとおり国民健康保険被保険者の資格喪失処理を行いましたので、通知します。

つきましては、現在お持ちの富岡町の国民健康保険被保険者証は使用できませんので、至急富岡町役場住民課までお返しください。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証記号番号 | |  | | |
| 世帯主 | 住　　所 |  | | |
| 氏　　名 |  | | |
| 被保険者氏名 | | 生 年 月 日 | 国保資格喪失年月日 | 備　　考 |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |

※　職場の健康保険に加入後、富岡町の国民健康保険を使用して医療機関等へ受診したときは、町が医療機関等へ支払った医療費の返還請求を行うことになりますのでご注意願います。

○お問合わせ先　　富岡町役場　　　　　課　国保年金係

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　🕿