

国民健康保険資格喪失異動届

(宛先) 金沢市長

(太枠の中をご記入ください。)

記号番号	—
異動日	年 月 日

届出日	令和 年 月 日		
(世帯主)	氏名	印	個人番号
	住所	金沢市	(電話番号)

受付	入力	確認①	確認②

○職場の健康保険に加入し、国民健康保険をやめる方すべての氏名等を記入して下さい。

NO	(ふりがな) 氏名	生年月日	世帯主 との続柄
1		昭平令西暦 .	
		個人番号	
2		昭平令西暦 .	
		個人番号	
3		昭平令西暦 .	
		個人番号	
4		昭平令西暦 .	
		個人番号	

※職員記入欄

社保取得・ 国保異動年月日	事業所名 (保険者名)
平成・令和 (社保取得) .	
平成・令和 (異動) .	
平成・令和 (社保取得) .	
平成・令和 (異動) .	
平成・令和 (社保取得) .	
平成・令和 (異動) .	
平成・令和 (社保取得) .	
平成・令和 (異動) .	

国民健康保険の保険証等を紛失等により提出(郵送)できない場合は、以下の『誓約書』の欄を記入してください。

誓約書

紛失等のため、国保の保険証等を提出(郵送)することができません。万一、提出できなかった保険証等を使用し、診療機関から金沢市に医療費の請求があった場合には迷惑をかけることを誓約します。

保険証等を提出できない被保険者氏名

--	--	--	--