

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。)

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

記号番号	—		
異動日	年	月	日

※職員記入欄

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	
5		昭平令西暦 .	
		個人番号	