

様式第1号(第4関係)

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	
(届出世帯人主)	氏名	個人番号
	住所	金沢市 (電話番号)

記号番号	一
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	

国民健康保険資格喪失異動届

【記入例】

(宛先) 金沢市長

※マイナンバー(個人番号)の記入も必要です。

(太枠の中をご記入ください。)

届出日	令和元年6月1日											
(届世 出帶 人主 人)	氏名	金沢 友禅										
	住所	金沢市 広坂1丁目1番1号 もてなし金沢101		(電話番号) 220-2256								
個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2												

記号番号

123

4567

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	かなざわ ゆうぜん 金沢 友禅	昭平令西暦 42・4・26	主
		個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	
2	かなざわ まきえ 金沢 蒔絵	昭平令西暦 42・5・30	妻
		個人番号 2 4 6 8 1 0 2 4 6 8 1 0	
3	かなざわ ことね 金沢 琴音	昭平令西暦 9・11・10	子
		個人番号 1 3 5 7 9 1 3 5 7 9 1 3	
4	かなざわ てまり 金沢 手毬	昭平令西暦 12・8・13	子
		個人番号 1 0 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	
5		昭平令西暦 ・・	
		個人番号	

異動届の他、次のものを同封して保険年金課まで郵送してください。

①国保の保険証又は資格確認書のいずれか
(交付されているかたのみ)

②次のいずれかのコピー

- ・職場の資格確認書
- ・資格情報のお知らせ(切り取り部分のみは不可)
- ・職場の健康保険の資格取得証明書

郵送先

〒920-8577

金沢市広坂1丁目1番1号

金沢市保険年金課 資格係 あて