

国民健康保険 喪失届(社会保険加入のため)

あて先 茅ヶ崎市長

記号番号
08ー

マイナンバー(個人番号)を保険年金課担当職員が確認し記載することに了承し、次のとおり届出します。

		届出日		年	月	日
世帯主 (届出人)	氏名					
	住所					
	TEL					
異動する人		氏名	生年月日		続柄	
	1		年 月 日			
	2		年 月 日			
	3		年 月 日			
	4		年 月 日			
	5		年 月 日			
	6		年 月 日			

太枠内を記入いただき、次の書類を同封してご送付ください。

- ☒ 資格確認書
- ☒ 加入先の健康保険情報が記載されているもの
(資格確認書・資格情報のお知らせ 等)
の写し (扶養されている方の分の写しも同封ください)
- ☐ その他()

※添付いただいた画像から必要な社会保険情報が確認できなかった場合は、マイナンバーを活用し、社会保険の資格取得日等を照会することがあります。

保険年金課処理欄		收受印
取扱職員	送付年月日	
備考欄		