

国民健康保険資格 取得 ・ 喪失 届出書

(どちらかに○)

釜石市長 あて

※太枠内を記入してください。

		届出年月日	令和 年 月 日	
世帯主名		生年月日	大・昭・平・令 . .	
住 所				
電話番号				
異動年月日	年 月 日	国保取得の場合は退職日の翌日 国保喪失の場合は社会保険加入日の翌日		
異動する人	氏 名	生 年 月 日	性 別	続 柄
	(ふりがな)	昭・平・令 . .		
	①			
	(ふりがな)	昭・平・令 . .		
	②			
	(ふりがな)	昭・平・令 . .		
	③			
	(ふりがな)	昭・平・令 . .		
	④			
	(ふりがな)	昭・平・令 . .		
⑤				
(ふりがな)	昭・平・令 . .			
⑥				

※ 手続きの内容により、次の書類が必要です。必ず添付してください。

■国民健康保険に加入するとき

- ①運転免許証等の身分を証明するものの写し
- ②健康保険資格喪失証明書（原本） ※勤務先や加入していた健康保険から発行

■国民健康保険を脱退するとき

- ①運転免許証等の身分を証明するものの写し
- ②新しく加入した健康保険がわかるもの
（健康保険資格取得証明書（原本）、加入者全員分の資格情報のお知らせ（写し）など）
- ③国民健康保険の資格確認書または資格情報のお知らせ

【送付先】 〒026-8686 岩手県釜石市天神町5番20号
釜石市役所健康保険課保険給付係

送付する前に、記入・押印漏れや、必要書類に不備がないことを確認してください。