

国民健康保険 加入届(社会保険喪失のため)

あて先 茅ヶ崎市長

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	

国民健康保険に加入する人

	カナ氏名 姓 氏名	生年月日	マイナンバーカードへの保険証利用登録 ※不明な場合は「なし」に○
			年 月 日
1	フリガナ	年 月 日	あり・なし
2	フリガナ	年 月 日	あり・なし
3	フリガナ	年 月 日	あり・なし
4	フリガナ	年 月 日	あり・なし
5	フリガナ	年 月 日	あり・なし
6	フリガナ	年 月 日	あり・なし

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。

- 加入される方全員の名前が記入された健康保険の資格喪失日が確認できる書類の写し
(資格喪失証明書、退職証明書、離職票-1、2 等)

※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、社会保険の資格喪失日等を照会することができます。

保険年金課処理欄		受取印
取扱職員	送付年月日	
備考欄		