



# 国民健康保険法第9条に基づく資格喪失届書

No.	氏名	生年月日	続柄	個人番号
※1		. .		
※2		. .		
※3		. .		
※4		. .		
※5		. .		

上記のとおり届け出ます。

年 月 日 (あて先) 鎌倉市長

住所 鎌倉市.....

世帯主

電話.....(.....)

氏名.....

個人番号.....

(届出代理人)

住所.....

※世帯主以外の方は  
記入してください。

電話.....(.....)

氏名.....

※返却していただく国民健康保険証を紛失している場合は、下の紛失届に記入してください。

紛失届

私は、次の国民健康保険証を紛失しましたので届出をします。

届出日 年 月 日 該当者氏名 \_\_\_\_\_

届出人(世帯主) 氏名 \_\_\_\_\_

記号番号	05-						
異動(予定)日		S					
		H					
		R					

喪失事由	1	2	3	保険証等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HP郵送 手続用
	社保加入	国組加入	その他		回収	紛失届出	その他	

国民健康保険の脱退手続き時にこの届書をご利用ください。

(国保の加入手続きにはご利用いただけません。)

- 左の太線内のみご記入ください。
- 書類等に不備がある場合は受付が出来ません。
- 必ず電話欄を記入してください。(携帯電話等)

### 【必要なもの】

- 鎌倉市国民健康保険証(国保をやめる全員分)
- 新しく加入した健康保険証のコピー(全員分)
- 個人番号が確認できるもの(個人番号を記入した場合)
- 喪失届書(この用紙)

### 【送付先】

〒248-8686

鎌倉市御成町18-10

鎌倉市役所 保険年金課 国民健康保険担当

### 【お問い合わせ先】

電話0467-61-3607

受付日	受付
	審査