

(保険年金課用)

国民健康保険加入・脱退届書 (課税地が他市町村の方用)

所得金額申告

(注・国保脱退の場合は必要ありません)

所得 (遺族・障害年金、雇用保険等も記入してください)				
区分	氏名	職業・勤務先	所得の種類 (○で囲んでください)	年間総金額 (1月から12月まで)
年中			①営業 ②農業 ③その他事業 ④不動産 ⑤給与(収入金額) ⑥年金 ⑦その他	円
年中			①営業 ②農業 ③その他事業 ④不動産 ⑤給与(収入金額) ⑥年金 ⑦その他	円
年中			①営業 ②農業 ③その他事業 ④不動産 ⑤給与(収入金額) ⑥年金 ⑦その他	円
年中			①営業 ②農業 ③その他事業 ④不動産 ⑤給与(収入金額) ⑥年金 ⑦その他	円
年中			①営業 ②農業 ③その他事業 ④不動産 ⑤給与(収入金額) ⑥年金 ⑦その他	円
年中			①営業 ②農業 ③その他事業 ④不動産 ⑤給与(収入金額) ⑥年金 ⑦その他	円

健康保険等被保険者資格 取得 喪失 証明書

事業所名	被保険者証 記号 番号 —	保険の種類(○で囲んでください) 1. 健康保険 2. 共済組合 3. 船員保険 4. 日雇保険 5. 組合保険 6. 国保組合
------	---------------------	---

被保険者氏名	続柄	生年月日	資格取得年月日	資格喪失年月日
1	本人	昭平令 . .	昭和 平成	平成
2		昭平令 . .	昭和 平成	平成
3		昭平令 . .	昭和 平成	平成
4		昭平令 . .	昭和 平成	平成
5		昭平令 . .	昭和 平成	平成
6		昭平令 . .	昭和 平成	平成

該当しなくなった理由 (該当の理由を○で囲んでください) ※喪失日は通常、退職日の翌日です。
1. 退職(/) 2. その他()
上記のとおり相違ないことを証明願います。

上記のとおり申告いたします。

令和 年 月 日

下 関 市 長 殿

住所 下関市 町 丁目 番地 号

申告者

氏名

令和 年 月 日

番地

住所 下関市 町 丁目 番 号

申告者 氏名

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

事業所名

(又は年金事務所) 印

※下の枠は記入しないでください。

資格取得 確認	年金事務所・協会健保等 1 (tel - -)	会社(担当者) 2 (tel - -)	確認者
------------	-----------------------------	-------------------------	-----