**国民健康保険の資格取得届**

下記の者は社会保険を喪失しておりますので、那珂市国民健康保険資格取得の申し出をいたします。

（資格を取得する被保険者）

　　　・氏名　　　　　　　　　　　　　生年月日　S・H・R　　　　．　　　．

|  |
| --- |
|  |

　　　・氏名　　　　　　　　　　　　　生年月日　S・H・R　　　　．　　　．

|  |
| --- |
|  |

　　　・氏名　　　　　　　　　　　　　生年月日　S・H・R　　　　．　　　．

|  |
| --- |
|  |

　　　・氏名　　　　　　　　　　　　　生年月日　S・H・R　　　　．　　　．

|  |
| --- |
|  |

　　　・氏名　　　　　　　　　　　　　生年月日　S・H・R　　　　．　　　．

|  |
| --- |
|  |

令和　　　年　　　月　　　日

那　珂　市　長　　様

世帯主　　住　所

氏　名

電話番号

**郵送方法**希望する方法を選択してください。

簡易書留　　　・　　　特定記録