

## 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 . .  
-----

令和 年 月 日

那 珂 市 長 様

世帯主 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_