**国民健康保険の資格喪失届**

下記の被保険者は他の健康保険に加入しておりますので、那珂市国民健康保険資格喪失の申し出をいたします。

（資格を喪失する被保険者）

　　　・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　　　 ．　　．

|  |
| --- |
|  |

社会保険証の写し　　　　　　　あり　・　なし　　（〇をつけてください）

　　　　　　　　　　※社会保険証の写しがない場合は、その理由をご記入ください。

　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

国民健康保険証原本の返却　　　あり　・　なし　　（〇をつけてください）

　　　　　　　　　　※国民健康保険証の返却がない場合は、その理由をご記入ください。

　　　　　　　　　　（ 　　　　　　　　　　　　 　　　 ）

令和　　　年　　　月　　　日

那　珂　市　長　　様

世帯主　　住　所

氏　名

電話番号