

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、資格確認書または資格情報のお知らせの写し

あり なし (○をつけてください)

※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、資格確認書等の返却

あり なし (○をつけてください)

※証書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 _____