

## 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 \_\_\_\_\_