

## 国民健康保険の資格喪失届

下記の被保険者は社会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)

社会保険に加入したかた全員の氏名・生年月日を記入してください。

・氏名	<b>那珂 太郎</b>	生年月日	<input checked="" type="radio"/> S	・ H	・ R	<b>33</b>	.	<b>8</b>	.	<b>1</b>
・氏名	<b>那珂 花子</b>	生年月日	S	<input checked="" type="radio"/> H	・ R	<b>10</b>	.	<b>7</b>	.	<b>31</b>
・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。

( **破棄してしまったため** )

令和 □ 年 ○ 月 △ 日

那珂市長様

世帯主 住所 那珂市福田1819番地5

氏名 那珂 太郎

電話番号 029 - ×××× - △△△△