

国民健康保険資格喪失届（郵送用）

住 所	滑川市		
世帯主氏名		/	
国 保 資 格 喪失者氏名		生年月日	年 月 日
連 絡 先 電 話 番 号		/	

※被扶養者がいる場合は下記に該当者の氏名・生年月日をご記入ください

添付書類：

- ・新しく加入した健康保険組合の資格情報のお知らせまたは資格確認書等の資格確認ができるもののコピー
- ・国民健康保険資格確認書の原本（お持ちの場合のみ）