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 |  |  | |

添付書類：会社の健康保険証のコピー

　　　　　国民健康保険被保険者証の原本