

他の健康保険加入による国民健康保険被保険者資格喪失届

国民健康保険証の記号番号	喪失日
南陽 ー	令和 年 月 日

届出人 (世帯主)	住所	
	氏名	
	個人番号	
	日中連絡が つく電話番号	

国民健康保険をやめる人				性別	続柄	
1	フリガナ				男・女	
	氏名					
	個人番号					
	生年月日	昭・平・令	年	月 日		
2	フリガナ				男・女	
	氏名					
	個人番号					
	生年月日	昭・平・令	年	月 日		
3	フリガナ				男・女	
	氏名					
	個人番号					
	生年月日	昭・平・令	年	月 日		
4	フリガナ				男・女	
	氏名					
	個人番号					
	生年月日	昭・平・令	年	月 日		
5	フリガナ				男・女	
	氏名					
	個人番号					
	生年月日	昭・平・令	年	月 日		

- 他の健康保険に加入した方全員の職場の健康保険証の写しを添付してください。
- 国民健康保険をやめる方の南陽市国民健康保険証、高齢受給者証を同封してください。
- 届出人のマイナンバーカードの写し、または届出人の本人確認書類(運転免許証、旅券等)およびマイナンバーカードの写しを同封してください。
- その他医療証をお持ちの方は、医療証に関する手続のため後日来庁が必要になる場合があります。