

早島町国民健康保険資格喪失届（郵送用）

令和 年 月 日

他の健康保険に加入しましたので、早島町国民健康保険の資格喪失を届け出ます。

届 出 人	住 所			
	氏 名			☐ 世帯主 ☐ 本人
	電 話	() - ※昼間に連絡の取れる電話番号を記入してください。		
	国保の記号番号	岡 2 9 -		
国保をやめる人	氏 名	生 年 月 日		
		昭・平・令・西暦 年 月 日		
		昭・平・令・西暦 年 月 日		
		昭・平・令・西暦 年 月 日		
		昭・平・令・西暦 年 月 日		
		昭・平・令・西暦 年 月 日		

以下の①②③④を同封して、下記まで郵送してください。

- ①この喪失届
- ②加入した健康保険の資格取得日がわかる書類のコピー（国保をやめる方全員分）
- ③早島町国民健康保険証もしくは資格確認書返却分（国保をやめる方全員分）
- ④身分証明書（運転免許証など）のコピー（届出人分）

※書類に不備がある場合は、手続きができませんのでご注意ください。

【郵送先】

〒701-0303 都窪郡早島町前潟 3 6 0 番地 1
早島町 町民課 保険年金係