

国民健康保険喪失届出書（郵送受付）

届出人（世帯主） 氏名 _____ 印 TEL _____（ _____ ）	届出 年月日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
---	-----------	----------------------------

愛知県知多郡武豊町長 榑山芳輝 殿

世帯主	フリガナ _____	該当届出	<input checked="" type="checkbox"/> 国民健康保険喪失手続き											
	_____	世帯主の 個人番号												
住所	〒 _____ - _____													
喪失される方全員の氏名		生年月日				性別				続柄				
1	フリガナ _____	昭・平・令	. .				男・女							
	_____	個人番号												
2	フリガナ _____	昭・平・令	. .				男・女							
	_____	個人番号												
3	フリガナ _____	昭・平・令	. .				男・女							
	_____	個人番号												
4	フリガナ _____	昭・平・令	. .				男・女							
	_____	個人番号												
5	フリガナ _____	昭・平・令	. .				男・女							
	_____	個人番号												

添付書類

- ① 新しく作られた**社会保険証**のコピー
- ② 届出人の**本人確認ができる書類**のコピー（運転免許証など）