国民健康保険資格喪失（社会保険加入）手続き依頼書

住　　所　　　　菊陽町

氏　　名

生年月日　　　　昭和・平成・令和　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

電話番号　　　　（　　　　　　）　　　　　　　　　　　－

　　　　　　　　　　　　　　（日中ご連絡がとれる番号を記入お願いいたします）

手続きに来れない理由

依頼日　　　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

※郵便・メールで手続きされる場合は以下の物（画像）を同封（添付）してください。

・国民健康保険資格喪失（社会保険加入）手続き依頼書

・離脱した人全員分の新しく交付を受けた健康保険証（写し又は画像）

・身分証明書（免許証、マイナンバーカード等）（写し又は画像）

町ホームページ

※メールで手続きされる場合、件名を「資格喪失手続きについて（氏名を記入）」としてください。

メール送付先：kokuho@town.kikuyo.lg.jp