**国民健康保険　資格喪失届（郵送用）**

**東松山市長　宛て 届出日　令和　　年　　月　　日**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **届 出 人** | **住　　所** | **〒** |
|  |
| **（フリガナ）** |  |
| **氏　　名** |  |
| **電話番号** |  **（ ）** |
| **続　　柄** | **□本人　　□世帯主　　□その他** |
| **被保険者****記号・番号** | **松国－** |

**１　次の同封書類の項目をご確認のうえ、✔（チェック）を入れてください。**

□新しく加入した健康保険の保険証の全員分のコピー（表面のみ）

※複数人の場合は１枚にまとめてコピーしてください。

□国民健康保険の保険証（使わなくなったもの）

※国民健康保険の保険証がないときは　{□紛失□その他（　　　　　　　）}

**２**　**記入及び同封資料の用意が済みましたら、こちらに郵送してください。**

※書類不備等がある場合は、手続きができませんのでご注意ください。

|  |
| --- |
| 〒３５５－８６０１　東松山市松葉町１－１－５８東松山市役所　保険年金課　宛て |

**お問い合わせ**

東松山市役所　保険年金課　☎0493-23-2221（内線111～113・119・120）

【市処理欄】

|  |  |
| --- | --- |
| 受　付 | 保　険　証 |
|  | 回収 |  |
| 未回収 |  |