

課長	課長補佐	係長	係	

(国保用)

国保加入（社保離脱）届

記号			番号		
被 保 険 者	氏名	年 月 日生			
	住所				
	資格喪失 年月日	平成・令和 年 月 日			
事 業 所	所在地				
	名称				
被 扶 養 者	氏名	資格喪失 年月日	氏名	資格喪失 年月日	

※添付書類 資格喪失等喪失連絡票

上記のとおり届けます。

令和 年 月 日

世帯主

連絡先（携帯）

龍郷町長 殿