

課長	課長補佐	係長	係	

(国保用)

国保喪失（社保加入）届

新たに加入することとなった健康保険の内容

記号		番号	
被 保 険 者	氏名		
	住所		
	資格取得 年月日	平成・令和	年 月 日
事 業 所	所在地		
	名称		
※被扶養者氏名			

※添付書類 資格等取得連絡票及び健康保険被保険者証の写し等

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