

# 国民健康保険 紛失届

年 月 日

あきる野市長あて

届出人 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_

(世帯主氏名 \_\_\_\_\_)

資格喪失等により返還すべき（国民健康保険資格確認書・限度額適用認定証）について、紛失したため、届け出ます。

なお、紛失した証が見つかった場合は、すみやかに返還します。

返還できない 対象者	氏名	生年月日
	1	年 月 日
	2	年 月 日
	3	年 月 日
	4	年 月 日
	5	年 月 日
資格喪失等理由	転出・社保加入・転居・世帯主変更 その他( )	
資格喪失等年月日	年 月 日	

※ 別世帯の方が、届出をする場合は、世帯主からの委任状が必要になります。