

国民健康保険脱退届出書

(宛先) 身延町長

勤務先の健康保険に加入したので、次のとおり国民健康保険の喪失手続きを希望します。

＜添付する書類＞

- (1)社会保険に加入した者全員の社会保険の被保険者証等(※1)のコピー
- (2)身延町国保の被保険者証等(※2)の原本

記入日		年		月		日	
世帯主	氏名						
	住所	(〒)					日中連絡がとれる電話番号
国保を脱退する者の氏名		生年月日			性別	世帯主との続柄	国保喪失後の受診
							国保喪失後に受診した医療機関名・所在地
①	フリガナ	年	月	日	男・女		有・無
②	フリガナ	年	月	日	男・女		有・無
③	フリガナ	年	月	日	男・女		有・無
④	フリガナ	年	月	日	男・女		有・無
⑤	フリガナ	年	月	日	男・女		有・無
勤務先の健康保険の資格を取得した日		年		月		日	

(※1)資格確認書及び資格情報のお知らせを含みます
(※2)資格確認書を含みます