

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。

記入例

＜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	令和 年 6 月 15 日										
世帯主	氏名	身延 太郎									
	住所	(〒 409-3304) 身延町切石350番地						日中連絡がとれる電話番号	090-●●●●-××××		
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	ミノブ タロウ	昭和45	4	1	男・女	本人	有・無			
②	フリガナ	ミノブ ハナコ	昭和50	1	23	男・女	妻	有	●▲■医院 (身延町)		
③	フリガナ					男・女					
④	フリガナ					男・女		有・無			
⑤	フリガナ					男・女		有・無			
勤務先の健康保険の資格を取得した日		令和 年 6 月 10 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

社会保険の加入日(資格取得日)以降に身延町国保を使って医療機関を受診した場合は、「有」に○を付け、受診した医療機関とその所在地を記入してください。