

国民健康保険脱退届出書

郵送

(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証のコピー

(2)身延町国民健康保険の被保険者証の原本

記入日	年	月	日				
世帯主	氏名	(印)					
	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			