

国民健康保険脱退申出書

被 保 険 者	氏 名	生 年 月 日	続柄※	個人番号
		昭・平・令 年 月 日		
		昭・平・令 年 月 日		
	※ 新たな健康保険に加入された方全員についてご記入ください。			
		昭・平・令 年 月 日		

※世帯主から見た続柄をご記入ください。

新たな健康保険資格取得後に、国民健康保険での受診は ☐ ありません
※ 右欄へチェックをお願いします。 ☒ あります（下記のとおりです）

受診者	医療機関名	受診年月日
碧南一郎	碧南市民病院	令和 4 年 4 月 1 日
		令和 年 月 日
		令和 年 月 日
		令和 年 月 日
		令和 年 月 日

- 勤務先等の新たな健康保険に加入したため、国民健康保険の脱退を申し出ます。
- 福祉医療費受給者資格等の変更を申し出ます。
（福祉医療費受給者証を交付されている場合のみ）
- 新たな健康保険への加入後の国民健康保険での受診状況について、上記のとおりであることを申し出ます。またその受診により、医療費の保険者負担分が発生する場合には、後国民健康保険からの請求により返還することを承諾します。

碧 南 市 長 殿

令和4年 5月10日

申 請 者 住 所 碧南市松本町28番地
(世帯主)
氏 名 碧南 太郎
個人番号 1234567890

記入者氏名 碧南 一郎 続柄 子
電話番号 090-1234-5678
※ 日中連絡可能な番号を記載してください。

- (添付書類確認欄) ※確認のうえ、チェック欄への記入をお願いします。
- ☒ 1 記入者の身分証明書（免許証等の顔写真付の公的証明書）のコピー
 - ☒ 2 新たに加入した健康保険証のコピー（今回手続きを行う方全員分）
 - ☒ 3 碧南市の国民健康保険証（原本）又は資格確認書（原本）（※お持ちの方のみ）
☐ 保険証を紛失しました。 ※該当する場合はチェックしてください