

国民健康保険脱退申出書

被 保 険 者	氏名	生年月日	性別	続柄※	個人番号
		昭・平・令 年 月 日	男女		
		昭・平・令 年 月 日	男女		
		昭・平・令 年 月 日	男女		
		昭・平・令 年 月 日	男女		
		昭・平・令 年 月 日	男女		

※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
		平成・令和 年 月 日
		平成・令和 年 月 日
		平成・令和 年 月 日
		平成・令和 年 月 日
		平成・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、後日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 年 月 日

申請者 住所
(世帯主)

氏名

個人番号

記入者氏名
電話番号

続柄

※ 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の原本（今回手続きを行う方全員分）
(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)