

# 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		
		昭・平・令 年 月 日		
		昭・平・令 年 月 日		
		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
		令和 年 月 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 新たに加えた健康保険組合の資格確認書、又は資格情報のお知らせのコピー（今回手続きを行う方全員分）
- 3 碧南市の国民健康保険資格確認書（原本）（※お持ちの方のみ）  
( 資格確認書を紛失しました。 ※該当する場合はチェックしてください)