

串本町国民健康保険脱退届

串本町長 殿

届出日		年 月 日	
世帯主 (届出人)	氏名		連絡先 ()
	住所		

国民健康保険を脱退する人(※脱退する人全員(世帯主含む)を記載)

氏名	生年月日	性別	続柄
	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	

※脱退するすべての方の新しい保険証のコピーを添付してください。添付されていない場合は、脱退の手続きはできません。

同封必要書類(脱退する人全員分)	
<input type="checkbox"/>	新しく加入した健康保険証のコピー
<input type="checkbox"/>	国民健康保険証の原本
<input type="checkbox"/>	紛失・破損等で国民健康保険証を返送できない場合

(町処理欄)

資格喪失日	・	証番号	
資格喪失	①社保加入 ②組合加入 ③その他		

記事
