

# 枚方市 国民健康保険 脱退届出

郵送用

(太枠内に記入してください。)

下記のとおり、枚方市 国民健康保険を脱退します。					<b>【職場等の健康保険証の写し 添付欄】</b>  「脱退する理由」が、 「2. 職場等の健康保険へ加入した。」 「3. 職場の健康保険の被扶養者となった。」の方は、 職場等の健康保険証の写し（全員分）を この添付欄に貼るか、封筒に同封してください。							
届出日		令和 年 月 日										
届出人	住所											
	氏名	TEL										
国民健康保険を脱退する方	氏名 (国保をやめる方を全員記入)	生年月日	性別	世帯主との続柄								
		昭・平・令 ・	男 ・ 女	本人 夫・妻 ( )								
		昭・平・令 ・	男 ・ 女	本人 夫・妻 ( )								
		昭・平・令 ・	男 ・ 女	本人 夫・妻 ( )								
		昭・平・令 ・	男 ・ 女	本人 夫・妻 ( )								
		昭・平・令 ・	男 ・ 女	本人 夫・妻 ( )								
脱退する理由	国民健康保険を脱退する理由をご記入下さい(該当する番号を○で囲む)				事務処理欄							
	1. 他の市町村へ転出 (転出先住所 )				喪失理由	転出	死亡	社保加入	国組加入	生保開始	後期加入 ( <input type="checkbox"/> 障害)	その他
	2. 職場等の健康保険へ加入した。 → 健康保険証の写しを右の欄に添付 3. 職場の健康保険の被扶養者となった。 → 健康保険証の写しを右の欄に添付 4. 死亡 ( 年 月 日) 5. 生活保護の受給開始 → 生活保護受給開始通知書の写しを同封				全部・一部	世帯	増・減	被保険者		増・減	回収した証の枚数	枚

**【提出先】** 〒573-8666 枚方市大垣内町2丁目1-20 枚方市役所国民健康保険室 資格担当  
 本届出の際には、これまでお使いになっていた国民健康保険被保険者証(原本)も同封してください。