

# 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。					<p><b>【職場等の健康保険に加入したことがわかるものの写し 添付欄】</b></p> <p>「脱退する理由」が、                  「2. 職場等の健康保険へ加入した。」                  「3. 職場等の健康保険の被扶養者となった。」の方は、                  次のうち交付されているものの写しを、この添付欄に貼るか、封筒に同封してください。</p> <p>職場等の健康保険の                  ●資格確認書の写し                  ●資格情報のお知らせの写し                  ●健康保険資格取得証明書など（資格取得日・保険者名・記号・番号・対象者が確認できるもの）の写し</p> <p>※脱退する方全員分が必要です。</p>										
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 ) 2. 職場等の健康保険へ加入した。 → 右の欄に必要書類を添付してください 3. 職場等の健康保険の被扶養者となった。 → 右の欄に必要書類を添付してください 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							喪失理由	転出	死亡	社保加入	国組加入	生保開始	後期加入 (□障害)	その他
	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 枚方市役所保険年金課 資格係**

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・資格確認書・資格情報のお知らせのうち、交付されているもの（原本）も同封してください。