

国民健康保険脱退届

令和 年 月 日

香川県善通寺市長 殿

下記により、国民健康保険を脱退しますので届出します。

被保険者記号番号	記号	香川 4	番号	
社会保険資格取得年月日	令和 年 月 日			
社会保険加入者	氏名	生年月日		個人番号
		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		

住所：香川県善通寺市 町

世帯主 氏名

世帯主 個人番号

昼間の連絡先（携帯番号可）

- ☆ 添付書類
- ☆ 新しくできた**社会保険証のコピー**（全員分）
- ☆ **国民健康保険証**（市役所が交付していた保険証を回収させていただきます）
- ☆ 申請者の**本人確認書類**（マイナンバーカード、免許証など）のコピー