

国民健康保険脱退届(郵送用)

令和 年 月 日

香川県善通寺市長 様

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 】

☆ 申請者の本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証等）のコピー

☆ **新しい健康保険資格の取得日**を確認できる書類（脱退される方全員分）

以下のいずれか1つ

- 資格情報のお知らせのコピー（取得日の記載があるもの）〔勤務先が発行〕
- 資格確認書のコピー〔勤務先が発行〕
- 資格取得連絡票の原本〔勤務先が発行〕
- 医療保険の資格情報を印刷したもの〔マイナポータルから出力〕
- 資格取得等確認通知書の原本〔年金事務所が発行〕