国民健康保険脱退届出書

（宛先）御所市長　　令和　　年　　月　　日

次のとおり、社会保険等に加入したため、国民健康保険の脱退を届け出ます。

届出人 （世帯主）	住　所	御所市		
	氏　名			
	電話番号		個人番号 （マイナンバー）	

国保 記号番号	記号	奈　8	番号	

国保を脱退する方の氏名	生 年 月 日	世帯主 との続柄	個人番号（マイナンバー）

社会保険等の加入日以降に国民健康保険を使用して医療機関に受診した療養給付費（医療費）等について、
・御所市国民健康保険からの請求について承諾します。
・受診日時点の保険情報を医療機関等に提供することに同意します。

届出人　住所
（世帯主）
氏名

以下のものを下記の宛先まで郵送してください

① **届出書（この用紙）**

② **国民健康保険証の原本　※社会保険加入者全員分**

③ **社会保険証のコピーまたは「社会保険資格取得証明書」等の原本（コピー可）**

※保険証のコピーの場合は社会保険加入者全員分

④ **世帯主の顔写真付きの本人確認書類のコピー**

（マイナンバーカード・運転免許証・パスポートなど官公署から発行・発給されたもの）

〈ご注意事項〉

○ 訂正される際は修正液、修正テープ、砂消しゴム等は使わず、**二重線を引き訂正**してください。

○ 郵送の際は、送達過程が記録される簡易書留等をおすすめします。

○ **裏面の【確認事項】を確認してから郵送してください。**

郵送先・問い合わせ先
〒639-2298　御所市１番地の３
御所市役所　保険課
電話番号：０７４５－６２－３００１　内線２５６

【確認事項】

郵送前にもう一度確認してください。

☐ 届出書に記入漏れはありませんか
☐ 社会保険証のコピーまたは「社会保険資格取得証明書」は全員分入っていますか
☐ 国民健康保険証は全員分入っていますか
☐ 届出者の本人確認書類のコピーは入っていますか

※申請内容や確認書類に不備等がある場合は受付できませんので、郵送前に確認してください。
※手続きの完了後の翌月に税務課より国民健康保険税の変更通知を世帯主様宛に郵送いたします。