

国民健康保険脱退届出書（郵送用）

高鍋町長 あて

次のとおり届出をします。

届出年月日	令和	年	月	日	異動年月日	令和	年	月	日	被保険者番号		
世帯主	住所											
	氏名								個人番号			
	電話番号	()							※ご連絡させていただく場合がありますので、 平日の8:25～17:10に連絡のつく電話番号をお願いします。			

※**脱退する人全員の氏名**等をご記入ください。**世帯主**が脱退する場合は**世帯主の氏名**等も必要です。

番号	氏名	生年月日	続柄	個人番号
1	(フリガナ)	昭・平・令		
		年 月 日		
2	(フリガナ)	昭・平・令		
		年 月 日		
3	(フリガナ)	昭・平・令		
		年 月 日		
4	(フリガナ)	昭・平・令		
		年 月 日		
5	(フリガナ)	昭・平・令		
		年 月 日		

※記入欄が不足する場合は、別紙に記入し、同封してください。

脱退する人全員の社会保険等の資格取得年月日がわかる書類の貼付欄

※この欄に写しを貼るか、別紙にて同封してください。

【高鍋町使用欄】

連絡	
年金	
子ども支援	
税務	

資格喪失事由	
世帯の全部	社会保険等加入
	生保開始
世帯の一部	その他喪失

備考