

## 郵送による 塩尻市国民健康保険脱退届

提出日 年 月 日

## 1 世帯主の住所・氏名等

世帯主名			
住 所			
電 話		個人番号(マイナンバー)	

## 2 国民健康保険を脱退する人(本人及び被扶養者としてお勤め先の健康保険に加入した人)

			個人番号(マイナンバー)
氏 名		生年月日 年 月 日	
氏 名		生年月日 年 月 日	
氏 名		生年月日 年 月 日	
氏 名		生年月日 年 月 日	
氏 名		生年月日 年 月 日	

## 3 添付していただくもの

<p>① 職場の資格確認書または資格情報のお知らせの写し(加入した方全員の写し)</p> <p>② 塩尻市国民健康保険証、資格確認書または資格情報のお知らせのいずれかお持ちの原本 (国民健康保険を脱退する方全員)</p> <p>③ 世帯主と国民健康保険を脱退する人全員の個人番号カードまたは通知カードの写し</p>
---

※お勤め先の資格確認書または資格情報のお知らせの資格取得日以降は、国民健康保険から発行されているものは使用できません。

もし、国民健康保険から発行されているもので受診してしまった場合は、受診した医療機関に加入している保険が変わったことを連絡していただきますようお願いいたします。