

届出日	. .		普 擬 全 一	異 動 事 由	転 出 社 生 国 所 取	社 生 国 所 喪	被 証		
資格得喪	. .		通 制 部 部	入 生 脱 止 脱 他 得	保 保 組 の ☆	保 保 組 の ☆	保 再 ☆		
新	世 帯 番 号		住 所	小田原市				証 回 収	未
旧	番 号								済
備 考									
個 人 番 号	氏 名			生 年 月 日	性 別	続 柄	備 考		
				昭 平 令 . .	男・女				
				昭 平 令 . .	男・女				
				昭 平 令 . .	男・女				
				昭 平 令 . .	男・女				
				昭 平 令 . .	男・女				
上記のとおり届出（申請）します。 世帯主氏名 個人番号 電話番号（ ）				郵送処理確認欄					
				消印・差出 . .			収 受 . .		
				郵便種別	普通郵便 特定記録 簡易書留	その他 〔 〕	入力 サイン		

《郵送による脱退手続きに必要なもの》 ※すべて同封して送付してください。

チェック欄

- 会社の保険証のコピー（国保から脱退する人全員分）
- 国民健康保険証（国保から脱退する人全員分）⇒紛失等で返却ができない場合は、以下にチェックをしてください。  
（紛失のとき）  わたし・同一世帯員（ ）の国民健康保険証を紛失したため、返却できません。
- 個人番号カードまたは通知カードのコピー（世帯主と国保から脱退する人全員分）
- 太枠内を記入した申請書（この用紙）

《注意事項》

チェック欄

- 記録が残る郵便（特定記録等）での送付を推奨します。※届出を受理した旨のご連絡等はいりません。
- 原則、お手続きを処理した翌月中旬（お手続きの時期によっては当月中旬）に料金の変更通知を送付します。
- 国民健康保険の脱退日以降に国民健康保険の保険証を利用していた場合、医療費の返還等をお願いする場合があります。

上記チェック項目のすべてを確認・了承し、届出をします。

年 月 日

署名

《送付先》

※下記を切り取って封筒に貼っていただくと、宛名になります。ご活用ください。

〒250-8555

小田原市荻窪300番地

小田原市役所 保険課

国民健康保険係 宛て

（国民健康保険脱退手続き書類等在中）

【お問い合わせ】

小田原市保険課 国民健康保険係

電 話：0465-33-1845（直通）

受付時間：平日8:30～17:00まで