

国民健康保険資格喪失届

届 出 人	住 所	
	氏 名	
	電話番号	(日中連絡が取れる番号を記載してください)

社会保険等に参加したため国民健康保険の脱退を申し出いたします。

国 保 を 脱 退 す る 方	氏 名		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
	氏 名		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
	氏 名		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
	氏 名		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
	氏 名		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日

※届出人を含む国保脱退予定者全員を記載してください。

【備考】国民健康保険税の金額等についてご連絡が必要な方はご都合の良い時間をご記入ください。※平日 8:30~17:15 の間で都合のいい時間をご記入ください。

--

【添付書類】 同封したらチェック ☒ してください。

☐ 勤務先から交付された資格確認書または資格情報のお知らせの
コピー（☐書類がないため事前に問い合わせを行い、情報の確認
が済んでいます。）

☐ 本人確認書類のコピー （①または②のいずれか）

①マイナンバーカードや運転免許証等の顔写真付きのもの 1 点

②「氏名と住所」または「氏名と生年月日」が確認できるもの 2 点

☐ これまで使っていた常総市の国民健康保険資格確認書（お持ちの
方のみ）

☐ これまで使っていたマル福の受給者証（お持ちの方のみ）

※資格確認書または資格情報のお知らせがまだお手元にはない場合は、必ず
下記の問合せ先に参加の情報が登録されているか、事前に電話での問い合
わせをお願いいたします。

※届出を受理した日の翌月以降に国民健康保険税の計算を行い、世帯主宛
に国民健康保険税の変更通知書をお送りします。

※変更後の国民健康保険税の金額や納付について事前にご連絡することも
できます。連絡が必要な方は、備考欄に連絡が付きやすい時間帯をご記入く
ださい。市役所の開庁時間内でお電話いたします。

受 付 印

--

【送付・お問合せ先】

〒303-8501

常総市水海道諏訪町 3222 番地 3

常総市役所 健康保険課 管理係

0297-23-2111（代表）

内線 1220・1221