

国民健康保険適用終了届

(あて先) 大東市長

(記入日) 年 月 日

右記に添付している被保険者証の写しのとおり、会社の健康保険(社会保険)に加入したため、大東市国民健康保険からの適用終了(脱退)を届け出ます。

住所

世帯主氏名

印

電話番号

| | 会社の健康保険に加入された方の氏名 |
|---|-------------------|
| 1 | |
| 2 | |
| 3 | |
| 4 | |
| 5 | |
| 6 | |

<担当者記入欄>

保険証回収

1・2・3・4・5・6・資

(備考)

受付印

<社会保険証のコピー添付欄>(扶養の方含む)

※保険証の表面と、被扶養者がいる場合は被扶養者欄が確認できる様に添付してください。

**※国民健康保険から社会保険に
切り替わった方全員分の
保険証コピーを貼り付け、
下の【提出先】に
郵送してください。**

※今までお使いの保険証(国民健康保険)も
同封してください紛失されたり、見当たらない場合は右側に→
チェックを入れてください

【提出先】 〒574-8555 大東市谷川1丁目1番1号

大東市役所 保険年金課 賦課・資格グループ

電話 072(870)0521