

健康保険等脱退連絡票

あなたは、☐健康保険(共済組合)の資格を喪失したため、
☐健康保険(共済組合)の被扶養者の認定を除外されたため、
国民健康保険に加入することになります。【該当の☐欄にレを付けてください。】
つきましては、下記の持ち物を持参して、お住まいの市区町村の国民健康保険
担当課に14日以内に届け出てください。

なお、届け出が遅れた場合でも資格を得た日まで遡って国民健康保険に加入し、
保険税を納めなければなりませんので、注意してください。

《持ち物》

- ① 来庁する方の身分証明書
(マイナンバーカード・運転免許証など公的機関が発行する顔写真のあるもの)
- ② 世帯主と国民健康保険に加入される方のマイナンバーのわかるもの
(マイナンバーカード・マイナンバー通知カードなど)
- ③ 脱退証明書(この連絡票に記載したものでも構いません)
※マイナンバーによる情報照会ができない場合、脱退証明書を提示していただく必要があります。
- ④ 年金手帳(20～59歳の方)

※詳しくは、お住まいの市区町村の国民健康保険担当へ確認してください。

健康保険 共済組合 脱退証明書

被保険者 (組合員)	住 所			世帯主氏名	
	氏 名		[昭和 年 月 日生] 平成	世帯主との続柄	
健保・共済組合等の 資格喪失年月日		健保・共済 組 合 等	保 険 者 名 (又は保険者番号)		
平成 年 月 日 (注.退職日の翌日です。)			被保険者記号番号		
		基 礎 年 金 番 号			
被 扶 養 者	氏 名	生 年 月 日	被保険者との続柄	被扶養者として認定 を削除された年月日	備 考
		昭・平・令 . .		平・令 . .	
		昭・平・令 . .		平・令 . .	
		昭・平・令 . .		平・令 . .	
		昭・平・令 . .		平・令 . .	

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

事業所所在地
事業所名
代表者名

印