

健康保険等加入連絡票

あなたは、健康保険(共済組合)の資格を取得したため、
健康保険(共済組合)の被扶養者の認定をされたため、
国民健康保険を脱退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、二重加入となり医療機関などに迷惑を掛けることが
ありますので、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を脱退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 加入証明書(この連絡票に記載したもので構いません)又は社会保険証
※マイナンバーによる情報照会ができない場合、加入証明書又は社会保険証を提示して
いただく必要があります。
 - ④ 社会保険に加入された方の国民健康保険の被保険者証
 - ⑤ 認め印
- ※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 加入証明書 共済組合

被保険者 (組合員)	住所			世帯主氏名	
	氏名	〔昭和 平成 年 月 日生〕		世帯主との続柄	
健保・共済組合等の 資格取得年月日		健保・共済 組合等	保険者名 (又は保険者番号)		
平成 令和 年 月 日			保険証記号番号		
		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 された年月日	備考
		昭・平・令	
		昭・平・令	
		昭・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

☎ () -