

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。】

また、国民健康保健に加入するためには届出が必要です。
下記の持ち物を持参して、お住まいの市町村役場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、届出が遅れた場合、国民健康保険の医療給付を受けられないことがありますので、注意してください。

《持ち物》

- この連絡票
 - 認め印
 - 年金手帳
 - 年金証書または年金裁定通知書(厚生・共済年金などの受給権者)
 - 国民健康保険被保険者証(すでにあなたの世帯に加入者がいる場合)
- ※詳しくは、お住まいの市町村国民健康保険担当課へ確認してください。

健康保険 脱退証明書 共済組合

被保険者 (組合員)	住所 氏名	昭 平 令	年	月	日生	世帯主氏名 世帯主との続柄
健康・共済組合等の資格喪失年月日	健康・共済組合等	保険者番号				
※ 令和 年 月 日 (注. 退職日の翌日です)		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を除外された年月日	備考	
		大・昭 平・令 . .		大・昭 平・令 . .		
		大・昭 平・令 . .		大・昭 平・令 . .		
		大・昭 平・令 . .		大・昭 平・令 . .		
		大・昭 平・令 . .		大・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

名称

代表者氏名

印

TEL () -