

# 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、国民健康保険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》

<input type="checkbox"/> ① この連絡票	<input type="checkbox"/> ④ 顔写真付の身分証明書
<input type="checkbox"/> ② 認め印	<input type="checkbox"/> ⑤ 世帯主と対象者の個人番号 <sup>マイナンバー</sup> がわかるもの
<input type="checkbox"/> ③ 年金手帳 <small>(原則60歳未満)</small>	<input type="checkbox"/> ⑥ 委任状(届け出人が別世帯の場合)
<input checked="" type="checkbox"/> ④ 年金証書又は年金裁定通知書(厚生・共済年金などの受給権者)	
<input checked="" type="checkbox"/> ⑤ 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、お住まいの市町国民健康保険担当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	大昭和 年 月 日生	世帯主氏名	世帯主との続柄
健保・共済組合員等の 資格喪失年月日	健保・共済 組合等	保険者番号		
※平成 令和 年 月 日 (注:退職日の翌日です。)	基礎年金番号	保険証記号番号		
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
	明・大 昭・平・令	・		平・令
	明・大 昭・平・令	・		平・令
	明・大 昭・平・令	・		平・令
	明・大 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  
 名称  
 代表者氏名

