

# 健康保険加入連絡票

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）の被扶養者に認定されたため、  
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。】

また、国民健康保険を脱退するためには届出が必要です。  
下記の持ち物を持参して、市町村役場の国民健康保険担当課に14日以内に届け出して  
ください。

《持ち物》
①この連絡票 ②運転免許証や個人番号カードなど写真付きの身分証明書
③国民健康保険被保険者証や資格確認書、または資格情報のお知らせ
④個人番号が確認できるもの(個人番号通知カードまたは個人番号カード、 個人番号が記載された住民票の写し)

※詳しくは、お住まいの市町村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 加入証明書

被保険者 (組合員)	住所			世帯主 氏名	
	氏名		昭平 年 月 日生	世帯主と の続柄	
健保・共 済組合員等 の資格取得年月日	健保・共 済組合等	保険者番号			
		被保険者等 記号・番号			
* 年 月 日		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 年 月 日		年 月 日	
		昭・平・令 年 月 日		年 月 日	
		昭・平・令 年 月 日		年 月 日	

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

電 話 ( ) -