

健康保険脱退連絡票

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、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年金手帳または基礎年金番号通知書（20歳以上60歳未満の方）

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 脱退証明書

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 喪 失 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 を除外された年月日	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	
		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

電 話 () -

印