

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運転免許証や住基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 ④個人番号の確認できるもの（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 の続柄	
健 保 の 資 格 取 得 年 月 日	* 年 月 日	健保・共 済組合等	保険者番号			
			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 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 () -