

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)
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 共済組合 脱退証明書

被保険者 (組合員)	住所 氏名	昭 平	年	月	日生	世帯主氏名 世帯主との続柄	
健保・共済組合等 の資格喪失年月日 平成 年 月 日 (注:退職日の翌日です。)	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 を除外された年月日	備 考		
		昭・平		平 . .			
		昭・平		平 . .			
		昭・平		平 . .			
		昭・平		平 . .			

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

事業所所在地
名 称
代表者氏名

() -