

健康保険等加入連絡票

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、
国民健康保険に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、国民健康保健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、お住まいの市町村役場の国民健康保険担当課
に14日以内に届け出してください。

なお、届出が遅れた場合、二重加入となり医療機関などに迷惑を掛け
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

国民健康保険被保険者証

年金手帳

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 加入証明書

就職者	住 所				世帯主氏名	
[被保険者 組合員]	氏 名	昭 年 月 日 平		世帯主との続柄		
健 保 ・ 共 済 組 合 等 の 資 格 取 得 年 月 日		健保・共済 組合等	保 險 者 番 号			
			保険証記号番号			
平成 年 月 日		基 礎 年 金 番 号				
被 扶 養 者	氏 名	生 年 月 日	就職者 との続柄	被扶養者として認定 された年月日	備 考	
		昭・平		平 .. .		
		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

() -