

健康保険等加入連絡票

【該当の□欄にレを付けてください。】

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。

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、お住まいの市町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かけることがありますので、注意してください。

〈持ち物〉

- ① 加入連絡票又は職場の健康保険の資格が確認できるもの（資格情報のお知らせ・資格確認書等）
(コピー可、国民健康保険を脱退する方全員分)
- ② 国民健康保険資格確認書（健康保険証）（国民健康保険を脱退する方全員分）
- ③ 年金手帳（国民年金加入期間の記録について、年金手帳への記載を希望する方）
- ④ マイナンバーが確認できる書類（世帯主及び国民健康保険資格喪失者）
(マイナンバーカード（個人番号カード）又はマイナンバー通知カード等)

※マイナンバーが確認できる書類がない場合も、国民健康保険脱退手続きを行うことは可能です。

その場合、市町の職員がマイナンバーを住民基本台帳等から確認を行い、書類に記載いたします。

マイナンバーを記載していただく際は、運転免許証、マイナンバーカード、パスポート等の官公庁発行の身分証明書等で本人確認をさせていただきます。

※詳しくは、お住まいの市町の国民健康保険担当課にご確認ください。

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	〔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		
			保険証記号番号	(枝番)	
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
		年月日		年月日	
		年月日		年月日	
		年月日		年月日	
		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

事業所等所在地
名 称
代表者 氏名
電 話 番 号

印