

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
しますので、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			
年 月 日		保 険 証 記 号 番 号	(枝番)		
	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

㊞