

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証（職場の健康保険証はコピー可、国民健康保険を脱退する方全員分）
- ② 国民健康保険被保険者証（国民健康保険を脱退する方全員分）
- ③ 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でも、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 加入証明書 共済組合

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	基 礎 年 金 番 号	保 険 証 記 号 番 号	(枝番)		
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	

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

⑨