

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）の被扶養者でなくなったため、
 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、国民健康保険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、磐田市役所に14日以内に届け出てください。

《持ち物》

- ①この連絡票
- ②マイナンバー(個人番号)カードまたはマイナンバー(個人番号)通知カード
 ※通知カードの場合は、本人確認ができる書類等が必要です。
- ③はんこ(認印) ④年金手帳(20歳以上60歳未満の方)
 ※詳しくは、磐田市役所国保年金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				世帯主 氏名	
	氏名			年 月 日生	世帯主と の続柄	
健保・共済組合員等の 資格喪失年月日		健保・共 済組合等	保 険 者 名			
年 月 日			保 険 者 番 号			
(注：退職日の翌日です。)			保 険 証 号 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	被扶養者でなくなった 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。

年 月 日

事業所所在地

名 称

代表者氏名

⑩

電 話 () -

(記入上の注意)

- 1 この証明書は、事業所の方が記入・押印してください。
- 2 被保険者の資格喪失日と同日で被扶養者でなくなった場合、「健保・共済組合員等の資格喪失年月日」欄だけでなく、「被扶養者でなくなった年月日」欄にも日付を記入してください。