

## 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□欄にシを付けてください。】

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<br>(組合員)         | 住所      |              |                 | 世帯主名         |                   |    |
|                       | 氏名      | 昭平           | 年月日生            | 世帯主との<br>続柄  |                   |    |
| 健保・共済組合員等の<br>資格喪失年月日 |         | 健保・共<br>済組合等 | 保険者名            |              |                   |    |
| 令和 年 月 日              |         |              | 保険者番号           |              |                   |    |
| (注：退職日の翌日です。)         |         | 基礎年金番号       | 保険証 ※<br>記号番号枝番 | —            |                   |    |
|                       |         |              |                 |              |                   |    |
| 被<br>扶<br>養<br>者      | ※<br>枝番 | 氏名           | 生年月日            | 被保険者<br>との続柄 | 被扶養者でなくなった<br>年月日 | 備考 |
|                       |         |              | 昭・平<br>令 年 月 日  |              | 平・令 年 月 日         |    |
|                       |         |              | 昭・平<br>令 年 月 日  |              | 平・令 年 月 日         |    |
|                       |         |              | 昭・平<br>令 年 月 日  |              | 平・令 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

事業所所在地

名称

代表者氏名

電話 ( ) —

⑨

(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。
- 3 「枝番」欄は保険証枝番がある場合、記載してください。