

【記入例】※会社や事業所が作成するものですので、被保険者本人に記入させないでください。

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
健康保険（共済組合）の被扶養者の認定を除外された
上記の理由により国民健康保険に加入することになります。
なお、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、お住まいの市町村役場の国民健康保険担当課
に14日以内に届け出てください。

《持ち物》

- この連絡票
- 来庁者の顔写真付身分確認証（来庁者が別世帯の場合、委任状要）
- 基礎年金番号がわかるもの
- 世帯主と手続対象者のマイナンバーカード（通知カードは記載内容に変更がない場合のみ使用可）

※詳しくは、お住まいの市町村国民健康保険担当へ確認してください。

健康保険 脱退証明書 共済組合

被保険者 (組合員)	住所	島田市中央町1番の1		世帯主氏名	国保 太郎
	氏名	国保 太郎	昭・平 60年1月1日生	世帯主との続柄	本人
健保・共済組合員等の 資格喪失年月日	健保・共済 組合等	保険者番号	12345678		
		保険証記号番号	123-4567		
		基礎年金番号	1234-564789		
被扶養者	氏名	生年月日	被保険者 との続柄	被扶養者として認定 を除外された年月日	備考
		昭・平・令		令和	
		昭・平・令		令和	
		昭・平・令		令和	

上記のとおり相違ないことを証明します

令和5年1月1日

事業所等所在地 島田市〇町〇番地の〇
名称 株式会社〇〇
代表者氏名 〇〇 〇〇
電話番号 (0547) 00-0000

印