

健康保険等加入連絡票

あなたは、健康保険（共済組合）の資格を取得した
健康保険（共済組合）の被扶養者に認定された
上記の理由により、国民健康保険を脱退することになります。
なお、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。

※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掛けることがあります
ので、注意してください。

《持ち物》

- ① この連絡票
- ② 来庁者の顔写真付身分確認証（来庁者が別世帯の場合は委任状要）
- ③ 国民健康保険被保険者証（対象者全員分）
- ④ 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）

健康保険 加入証明書 共済組合

被保険者 (組合員)	住所	世帯主氏名				
	氏名	〔昭・平〕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			
令和 年 月 日			保険証記号番号			
		基礎年金番号				
被扶養者	氏名	生年月日	被保険者との続柄	被扶養者として認定された年月日	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 年 月 日

事業所等所在地
名称
代表者氏名
電話番号

() -

印