

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）の被扶養者の認定を除外されたため、
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。
次の持ち物を持参して、裾野市役所国保年金課に14日以内に届け出てください。なお、届出が遅れた場合、国民健康保険の医療給付を受けられない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	認め印
③	年金手帳（60歳未満の方）
※詳しくは、裾野市役所国保年金課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				
	氏 名		生年月日	昭・平	年 月 日
資 格 喪 失 年 月 日		健保・共済 組 合 等	保 険 者 番 号		
平成 年 月 日 (注. 退職日の翌日です。)			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 を除外された年月日	備 考
		昭・平 . .		平 . .	
		昭・平 . .		平 . .	
		昭・平 . .		平 . .	

以上のおり相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

事業所所在地
名 称
代表者氏名

印

☎ () -