

# 健康保険脱退連絡表

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。】

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課に14日以内に届け出してください。

《持ち物》①この連絡票
②認め印
③年金手帳
④年金証書又は年金裁定通知書（厚生・共済年金などの受給権者）
⑤国民健康保険被保険者証（すでにあなたの世帯に加入者がいる場合）

※ 詳しくは、沼津市国民健康保険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	昭 平 年 月 日	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	保険者番号		
※ 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	世帯主との続柄	被扶養者として認定を除外された年月日	備考
		昭・平 令 . .		. .	
		昭・平 令 . .			
		昭・平 令 . .			

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

TEL ( ) —

印