

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	沼津市御幸町〇〇番〇号		世帯主氏名	国保 一郎
	氏名	国保 一郎	昭 40年3月11日 平	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	3951	
※ 令和〇年〇〇月〇〇日 (注. 退職日の翌日です。)			保険証 記号番号	沼しこ 〇〇	
		基礎年金番号	〇〇〇〇-123456		
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
	国保 花子	昭・平 令 50. 1. 5	妻	令 〇・〇〇・〇〇	
		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 〇年〇〇月〇〇日

事業所等所在地 沼津市三枚橋町9-1
名 称 株式会社 健保
代表者氏名 〇〇 〇〇

TEL (055) 〇〇〇-〇〇〇〇

健保

印