事業所 → 被保険者 → 市町村

健康保険・共済組合等　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、
国民健康保険などの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。
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。
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窓口に来た方の身元確認ができるもの（マイナンバーカード、運転免許証など）
③該当する方のマイナンバーが確認できるもの
（マイナンバーカード、通知カード、個人番号が記載された住民票）
④窓口に来る方が別世帯の場合は代理権がわかるもの（委任状など）

※詳しくは、お住まいの市町村役場の国民健康保険担当課へ確認してください。

健康保険・共済組合等　資格喪失証明書

被保険者証の記号番号	記号		番号			枝番	
保険者名	全国健康保険協会 健康保険組合 共済組合 国民健康保険組合　　支部				保険者番号		
被保険者（組合員）	氏名		生年月日		資格喪失日		
			昭和 平成　年　月　日		令和　年　月　日		
被扶養者	枝番	氏名	生年月日		被保険者との続柄	被扶養者認定を除外された日	
			昭和 平成 令和　年　月　日			令和　年　月　日	
			昭和 平成 令和　年　月　日			令和　年　月　日	
			昭和 平成 令和　年　月　日			令和　年　月　日	
			昭和 平成 令和　年　月　日			令和　年　月　日	
資格喪失又は認定除外の理由	1 被保険者の退職（退職日：令和　年　月　日）　※資格喪失年月日は退職日の翌日 2 被保険者が後期高齢者医療制度へ加入 3 扶養非該当（理由：　　） 4 そ　の　他（理由：　　）						

上記のとおり相違ないことを証明します。　　令和　　年　　月　　日

事業所所在地
名　　称
代表者氏名　　㊞
電　　話　（　　）　　－

（表）