

健康保険・共済組合等 加入連絡票

あなたは、
健康保険（共済組合）の資格を取得したため、
健康保険（共済組合）の被扶養者として認定されたため、
 国民健康保険を脱退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、国民健康保険を脱退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国民健康保険被保険者証
 ⑤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 資格取得証明書

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			保険者番号
	支部			
被保険者 (組合員)	氏名	生年月日	資格取得 年月日	令和 年 月 日
		昭和 平成 年 月 日		
被 扶 養 者	枝番	氏名	生年月日	被保険者 との続柄
			昭和 平成 令和 年 月 日	被扶養者として認定された日
			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
備考				

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 ()

印

(表)