

保険・年金 脱退連絡票

あなたは、これまで勤務していた事業所を退職され（家族の方が健康保険の認定を抹消され）、健康保険の資格を喪失（厚生年金・共済年金加入の方は国民年金に種別変更）することになりましたので、当事業所の健康保険の資格喪失後14日以内にこの連絡票を持って下記のとおり国民健康保険加入（国民年金への切換え）の届出をしてください。

国民健康保険加入の届出が遅れても、保険料は退職日の翌日の属する月までさかのぼって納めていただかなくてはなりません。なお、届出が遅れたことにやむを得ない理由があると認める場合を除き、加入の届出日までに支払った医療費は、全額自己負担となりますので、ご注意ください。

1. 届出先 住所地の市役所または町村役場
2. 持参するもの
 - (1) この連絡票
 - (2) 本人確認書類（運転免許証、マイナンバーカードなど）
 - (3) 年金手帳または基礎年金番号通知書 ※60歳未満の方のみ
 - (4) 国民年金以外の年金を受けられている人は、年金証明書(年金手帳ではありません。平成8年12月までに受給の方は新旧2枚) または年金裁定通知書

※別世帯の方が手続きする場合は、委任状が必要です。

※事業所において、一定期間以上健康保険に加入されていた方は、退職後20日以内に申請をすると在職時の健康保険の任意継続ができます。詳しくは全国健康保険協会の都道府県支部または、加入していた健康保険組合や共済組合等にお問い合わせください。

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			年 月 日生	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	保険者名			
年 月 日			保険者番号			
年 月 日		基礎年金番号	保険証 記号番号			
※退職日の翌日です						
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	
		年 月 日		年 月 日		
		年 月 日		年 月 日		
		年 月 日		年 月 日		
被保険者が後期高齢者医療制度に加入したため、被扶養者が脱退する場合は左欄に「○」を記入してください。						

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

(保険者または事業所)

所在地

名称

代表者氏名

印

電話 () -