

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被扶養者の認定抹消され）、法律により国民健康保険に加入（国民年金は種別の変更）することになりましたので、この連絡票を持参して**14日以内**に下記の要領で届出をしてください。

記

- 届出先 精華町役場 国保医療課 国保係
- 持参するもの
 - この連絡票
 - その他の持ち物
 - ①個人番号（マイナンバー）が確認できるもの
※世帯主と加入される方全員分が必要です
 - ②手続きに来られる方ご本人を確認できるもの
※免許証、マイナンバーカード、パスポート、保険証など

健康保険 脱退証明書 共済組合

被保険者 (組合員)	住所				
	氏名	昭・平・令 年 月 日生			
健保・共済組合員等の資格喪失年月日	健保・共済組合等 の資格喪失年月日	健保証記号番号	基礎年金番号		
令和 年 月 日 (退職日の翌日です。)					
被扶養者	氏名	生年月日	被保険者との続柄	被扶養者として認定を除外された年月日	備考
		昭・平・令 . .		令 . .	
		昭・平・令 . .		令 . .	
		昭・平・令 . .		令 . .	

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

事業所所在地
名 称
代表者氏名

電話 () ー

記入例

健康保険 脱退証明書 共済組合

被保険者 (組合員)	住所	京都府相楽郡精華町大字南稲八妻小字北尻70番地			
	氏名	精華 太郎			
健保・共済組合員等の資格喪失年月日		健保・共済組合等の保険証記号番号	基礎年金番号		
令和 ● 年 ●● 月 ●● 日 (退職日の翌日です。)		●●●●●●●●●●			
被扶養者	氏名	生年月日	被保険者との続柄	被扶養者として認定を除外された年月日	備考
	精華 花子	昭・平・令 ●●●●●●	妻	令 ●●●●●●	
	精華 小太郎	昭・平・令 ●●●●●●	子	令 ●●●●●●	
		昭・平・令 . . .		令 . . .	
		昭・平・令 . . .		令 . . .	

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 ● 年 ●● 月 ●● 日

事業所所在地 京都府相楽郡精華町□□ ●● 番地●

名称 (株)◇◇◇

代表者氏名 京都府 太郎

電話 (0774) 94 — 2004

事業所の情報を記入してください

被扶養者がいる場合は、必ず記入してください

除外日が被保険者（組合員）と同一日でも必ず記入してください

資格喪失日は必ず記入してください
被扶養者の資格異動のみの場合は、資格喪失年月日の欄に斜線を引いてください