

# 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を抹消され）、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 あなたが住んでおられるところの市役所又は町村役場
- 持参するもの
  - この連絡票
  - 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
  - 手続きに来られる方の顔写真付きの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 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
		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

印

電話 ( ) —

# 証 明 書 の 記 入 例

## 健康保険 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
		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
印
電話 (       )       —

事業所が記載してください。

被扶養者がいる場合は、必ず記入してください。

除外年月日が被保険者(組合員)と同一日でも必ず記入してください。

資格喪失年月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、※欄に斜線を引いてください。