

# 健康保険脱退連絡表

あなたは、健康保険（共済組合）の資格を喪失した  
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。】

なお、国民健康保険に加入するためには届出が必要です。  
下記の持ち物を持参して、沼津市市民福祉部市民課又は、市民窓口事務所に  
14日以内に届け出してください。

《持ち物》①この連絡票 ②認め印 ③年金手帳 ④年金証書又は年金裁定通知書（厚生・共済年金などの受給権者） ⑤国民健康保険被保険者証（すでにあなたの世帯に加入者がいる場合）
--

※ 詳しくは、沼津市国民健康保険課へ確認してください。

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	明 大 年 月 日 昭		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	保険者番号		
※平成 年 月 日 (注. 退職日の翌日です。)			保険証 記号番号		
		基礎年金番号			
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
		明・大 昭・平 . .		平 . .	
		明・大 昭・平 . .			
		明・大 昭・平 . .			

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

事業所等所在地  
名 称  
代 表 者 氏 名

TEL ( ) —

印