

# 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	沼津市御幸町〇〇番〇号		世帯主氏名	国保 一郎
	氏名	国保 一郎	明 大40年3月11日 昭	世帯主との続柄	本人
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	3951	
※平成〇〇年〇〇月〇〇日 (注. 退職日の翌日です。)			保険証 記号番号	沼しこ 〇〇	
		基礎年金番号	〇〇〇〇-123456		
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
	国保 花子	明・大 昭・平 50 . 1 . 5	妻	平〇〇.〇〇.〇〇	
		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。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

事業所等所在地 沼津市三枚橋町9-1  
名 称 株式会社 健保  
代表者氏名 〇〇 〇〇

TEL (055) 〇〇〇 - 〇〇〇〇 (印)

健保