

保険・年金 脱退連絡票

あなたは、これまで勤めていた当事業所を退職され、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（国民年金への切替え）の届出をしてください。

国民健康保険加入の届出が遅れると、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。また、その間の治療費は、保険証がないため、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全額自己負担となりますのでご注意ください。

記

- 届出先 お住まいの市区町村の役所又は役場
- 持参するもの (1) この連絡票
(2) 本人であることを証明するもの（運転免許証、パスポート等）
(3) 年金手帳（60歳未満の方）
(4) 年金証書（65歳未満で年金を受給されている方）
(5) 国民健康保険証（すでに同じ世帯で加入者がおられる場合）

※保険料納付に口座振替を利用される方は、通帳及び届出印をお持ちください。

※事業所において、被保険者期間が継続して2ヶ月以上ある方（健康保険組合・共済組合の方は異なる場合があります。）が、退職後20日以内に申請すると、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（協会けんぽ）の都道府県支部、健康保険組合又は共済組合でお尋ねください。

健康保険 脱退証明書

共済組合

健康保険 被保険者証	保険者番号			保険証記号番号		
被保険者 (組合員)	住所					
	氏名	昭・平 年 月 日生				
	資格喪失年月日	年 月 日	基礎年金番号			
		(※退職日の翌日です。)				
被 扶 養 者	氏名	生 年 月 日	被 保 険 者 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 . . .		年 月 日		
		昭・平・令 . . .		年 月 日		
		昭・平・令 . . .		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

事業所所在地

名 称

代表者氏名

印