

健康保険等加入連絡票

あなたは、健康保険等の資格を取得したため、
健康保険等の被扶養者に認定されたため、
国民健康保険を脱退することになります。

【該当の□欄にレを付けてください。】

また、国民健康保険を脱退するためには届け出が必要です。
下記の持ち物を持参して、御前崎市役所市民課に**14日以内**に届け出てください。
なお、届け出が遅れた場合、二重加入となり医療機関などに迷惑を掛けることが
ありますので、注意してください。

《 持 ち 物 》

- ① この連絡票（健康保険等加入証明書）
- ② 認め印
- ③ 国民健康保険被保険者証
- ④ 窓口へ来る方の身分を証明するもの（運転免許証等官公署が発行した顔写真付のもの）
詳しくは、御前崎市役所市民課国保年金係へ確認してください。
(TEL 0537-85-1171)

健康保険等加入証明書

就職者 〔被保険者〕	住 所				世帯主氏名	
	氏 名	昭平 年 月 日生			世帯主との続柄	
健康保険等の資格取得年月日		健康保険等	保 険 者 番 号			
年 月 日			保 険 証 記 号 番 号			
			基 礎 年 金 番 号			
被 扶 養 者	氏 名	生 年 月 日	就 職 者 との続柄	被扶養者として認定 された年月日	備 考 (基礎年金番号等)	
		昭平		
		昭平		
		昭平		

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