

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（R 7. 8. 1～使用不可）又は国民健康保険資格確認書
- ④ 窓口へ来る方の身分を証明するもの（マイナンバーカード他）
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		
令和 年 月 日			被 保 険 者 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 令 平 令		令	
		昭 令 平 令		令	
		昭 令 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

☎ () -

㊞