

# 健康保険等加入連絡票

あなたは、健康保険(共済組合)の資格を取得したため、国民健康保険を脱退することになります。

また、国民健康保険を脱退するためには届出が必要です。

下記の持ち物を持参して、お住まいの市町村役場の国民健康保険担当課に14日以内に届け出てください。

なお、この届けをしないで国民健康保険の被保険者証、資格確認書等を使用されますと、国民健康保険で負担した医療費は、市町村に返納しなければなりません。

【持ち物】 (1) この連絡票  
(2) 国民健康保険の被保険者証または資格確認書  
(3) 年金手帳もしくは基礎年金番号通知書  
(4) マイナンバーカードもしくは通知カード  
(世帯主及び異動者全員分)  
(5) 来庁される方の本人確認書類

※詳しくは、お住まいの市町村国民健康保険担当課へ確認してください。

健康保険  
共済組合

加入証明書

|                                      |     |                    |              |                     |    |
|--------------------------------------|-----|--------------------|--------------|---------------------|----|
| 被保険者<br>(組合員)                        | 住所  |                    |              | 世帯主氏名               |    |
|                                      | 氏名  | 昭 平<br>年 月 日生      |              | 世帯主との続柄             |    |
| 健 保 ・ 共 済 組 合 員 等 の<br>資 格 取 得 年 月 日 |     | 健 保 ・ 共 済<br>組 合 等 | 保険者番号        |                     |    |
|                                      |     |                    | 被保険者<br>記号番号 |                     |    |
| 令和 年 月 日                             |     | 基 礎 年 金 番 号        |              |                     |    |
| 被<br>扶<br>養<br>者                     | 氏 名 | 生年月日               | 世帯主との続柄      | 被扶養者として<br>認定された年月日 | 備考 |
|                                      |     | 昭 平 令<br>・         |              | 令 ・ ・               |    |
|                                      |     | 昭 平 令<br>・         |              | 令 ・ ・               |    |
|                                      |     | 昭 平 令<br>・         |              | 令 ・ ・               |    |
|                                      |     | 昭 平 令<br>・         |              | 令 ・ ・               |    |

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

事業所等所在地  
名 称  
代 表 者 氏 名

# 健康保険等加入連絡票

あなたは、健康保険(共済組合)の資格を取得したため、国民健康保険を脱退することになります。

また、国民健康保険を脱退するためには届出が必要です。  
下記の持ち物を持参して、お住まいの市町村役場の国民健康保険担当課に14日以内に届け出てください。

なお、この届けをしないで国民健康保険の被保険者証、資格確認書等を使用されますと、国民健康保険で負担した医療費は、市町村に返納しなければなりません。

- 【持ち物】
- (1) この連絡票
  - (2) 国民健康保険の被保険者証または資格確認書
  - (3) 年金手帳もしくは基礎年金番号通知書
  - (4) マイナンバーカードもしくは通知カード  
(世帯主及び異動者全員分)
  - (5) 来庁される方の本人確認書類

※詳しくは、お住まいの市町村国民健康保険担当課へ確認してください。

健康保険  
共済組合

加入証明書

|                                      |       |                      |                      |                     |       |
|--------------------------------------|-------|----------------------|----------------------|---------------------|-------|
| 被保険者<br>(組合員)                        | 住所    | 湖西市吉美 3268           |                      | 世帯主氏名               | 湖西 太郎 |
|                                      | 氏名    | 湖西 太郎                | 昭 平<br>62 年 5 月 2 日生 | 世帯主との続柄             | 本人    |
| 健 保 ・ 共 済 組 合 員 等 の<br>資 格 取 得 年 月 日 |       | 健 保 ・ 共 済<br>組 合 等   | 保険者番号                | *****               |       |
|                                      |       |                      | 被保険者<br>記号番号         | *** *               |       |
| 令和 7 年 1 月 1 日                       |       | 基 礎 年 金 番 号          |                      | *****—*****         |       |
| 被<br>扶<br>養<br>者                     | 氏 名   | 生年月日                 | 世帯主との続柄              | 被扶養者として<br>認定された年月日 | 備考    |
|                                      | 湖西 花子 | 昭 平 令<br>3 . 4 . 20  | 妻                    | 令 7 . 1 . 1         |       |
|                                      | 湖西 次郎 | 昭 平 令<br>28 . 6 . 16 | 子                    | 令 7 . 1 . 1         |       |
|                                      |       | 昭 平 令<br>. .         |                      | 令 . .               |       |
|                                      |       | 昭 平 令<br>. .         |                      | 令 . .               |       |

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 7 年 1 月 1 日

事業所等所在地 湖西市吉美 3268  
名 称 湖西市役所  
代 表 者 氏 名 田内 浩之