

# 保険・年金 脱退連絡票

あなたは、これまで勤務していた事業所を退職され（家族の方が健康保険の被扶養者の認定を抹消され）、法律により国民健康保険に加入（国民年金は種別の変更）することになりましたので、この連絡票を持参して、**14日以内**に下記の要領で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、保険税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、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 京丹波町役場（本庁・各支所の国民健康保険担当窓口）
- 持 参 す る も の
  - この連絡票
  - 本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証等）
  - 年金手帳または基礎年金番号通知書（60歳未満の方のみ）
  - マイナンバーが確認できるもの（マイナンバーカード等）

\* 事業所において、被保険者期間が継続して2か月以上ある方が退職後20日以内に申請をすると、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、健康保険組合または共済組合でおたずねください。

# 健康保険 脱退証明書

保 険 者 番 号		健 保 ・ 共 済 組 合 等 の 記 号 番 号			
被 保 険 者 ( 組 合 員 )	住 所				
	氏 名	生 年 月 日	年 月 日		
	資 格 喪 失 年 月 日	基 礎 年 金 号 番 号	【注：退職日の翌日です。】		
被 扶 養 者	氏 名	生 年 月 日	被 保 険 者 と の 続 柄	被 扶 養 者 と し て 認 定 を 除 外 さ れ た 年 月 日	備 考
		年 月 日		年 月 日	
		年 月 日		年 月 日	
		年 月 日		年 月 日	
		年 月 日		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

電話番号

( )

—