

保険・年金 脱退連絡票

(本人・家族用)

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。

この届出をしないで、医療機関で診療を受けられても、その診療費は自己負担となります。また、届出の有無にかかわらず、保険料（税）は、退職日の翌日の属する月から賦課されますので御注意ください。

記

- 届出先 あなたが住んでおられるところの市役所又は町村役場（京都市の場合は区役所・支所・出張所）
- 持参するもの
 - この連絡票
 - 認め印
 - その他の持ち物
 - すでに、あなたの世帯に国民健康保険加入者がおられる場合はその被保険者証
 - 年金手帳（配偶者が年金手帳をお持ちの場合は御夫婦の分）
 - 国民年金以外の年金を受け取られている人は、年金証書（年金手帳ではありません。平成8年12月までに受給の方は新旧2枚）又は年金裁定通知書

* 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。詳しくは社会保険事務所（健康保険組合）でおたずねください。

京 都 府

健康保険 共済組合

脱退証明書

被 保 険 者 (組合員)	住 所		世 帯 主 氏 名		
	氏 名	明・大・昭・平 年 月 日生	世帯主との続柄		
健 保 ・ 共 済 組 合 員 等 の 資 格 喪 失 年 月 日		健 保 ・ 共 済 組 合 等 保 険 証 記 号 番 号		基 礎 年 金 番 号	
※ 平・令 年 月 日 (注・退職日の翌日です)					
被 扶 養 者	氏 名	生 年 月 日	世帯主との続柄	被扶養者として認定 を除外された年月日	備 考
		明・大・昭・平・令 . .		平・令 . .	
		明・大・昭・平・令 . .		平・令 . .	
		明・大・昭・平・令 . .		平・令 . .	
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。

令和 年 月 日

事業所所在地
名 称
代表者氏名

印

電話 () -