

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ると、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 京田辺市役所
- 持参するもの (1)この連絡票
(2)本人確認書類
(3)本人の年金番号がわかるもの（配偶者が扶養に入っていた場合は、ご夫婦の分）

* 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。

京田辺市

健康保険 脱退証明書 共済組合

被保険者 (組合員)	住所			世帯主氏名	
	氏名	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・共済組合等健康保険記号番号		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
		昭・平・令 . .		平・令 . .	
		昭・平・令 . .		平・令 . .	
		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。

年 月 日

事業所所在地
名称
代表者氏名

印

電話 () -