

健康保険等加入連絡票

裏面も
ご覧ください

国民健康保険を脱退するときは、下記の持ち物をお持ちのうえ、14日以内に市役所または岡部支所の国民健康保険担当窓口へ届出を行ってください。

持ち物 ※別世帯の方が手続きする場合、委任状が必要です

- ① この連絡票
- ② 国民健康保険資格確認書（返還のため・国保加入者全員分）
- ③ 来庁される方の顔写真付き本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証等）
- ④ 世帯主と国保を脱退される方の個人番号(マイナンバー)がわかるもの（マイナンバーカード、通知カード、個人番号が記載された住民票等）
- ⑤ 年金手帳または基礎年金番号通知書 ※20歳以上59歳以下の方のみ

◎市役所ホームページでも手続きの方法をご覧ください



二次元コード

< 健康保険等資格取得証明書 >

被保険者の記号番号	記号	番号			
保険者名	全国健康保険協会	支部	保険者番号		
	健康保険組合 共済組合	国保組合			
被保険者 (会社等に就職する本人)	住所				
	氏名	生年月日	S・H・R 年 月 日		
	基礎年金番号				
健康保険・厚生年金 資格取得年月日	S・H・R 年 月 日		被扶養者の方が資格取得する場合は 以下の日付も必ずご記入ください		
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 認定された年月日	備考
	S・H・R . .	S・H・R . .		S・H・R . .	
	S・H・R . .	S・H・R . .		S・H・R . .	
	S・H・R . .	S・H・R . .		S・H・R . .	
上記のとおり相違ないことを証明します。					
令和 年 月 日					
保険者（事業所）					
所在地					
名称					
代表者氏名					
電話番号（ ）（ ）（ ）					

（藤枝市国保脱退手続用）

事業主のみなさまへ

1. 下記の場合には、「**健康保険等加入連絡票(健康保険等資格取得証明書)**」の発行をお願いいたします。
 - ① 従業員の方が就職したとき
 - ② 従業員の家族の方で、被扶養者の認定をしたとき
2. 職場の健康保険に加入されていた方が離職され、職場の健康保険を脱退したときは、国民健康保険加入の届出をされるようご指導をお願いいたします。

被保険者のみなさまへ

1. 就職したときや職場の健康保険の被扶養者の認定をされたときは、14日以内に国民健康保険脱退の届出を行ってください。
 - ◎この届出をしないで国民健康保険資格確認書またはマイナ保険証を使用されますと、国民健康保険で負担した医療費は、返納しなければならない可能性があります。
 - ◎持ち物につきましては、「**表面**」をご覧ください。

なお、健康保険等加入連絡票の代わりに、新たに加した健康保険の資格確認書または資格情報のお知らせにて国保脱退の届出をすることも可能です。その際には、健康保険に加入した方全員の資格確認書または資格情報のお知らせをお持ちください。

2. 退職したときや健康保険の被扶養者を除外されたときは、14日以内に国民健康保険加入の届出を行ってください。
 - 持ち物** ※別世帯の方が手続きする場合、委任状が必要です
 - ① 健康保険等脱退連絡票（健康保険等資格喪失証明書）
 - ② 来庁される方の顔写真付き本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証等）
 - ③ 世帯主と国保に加入される方の個人番号(マイナンバー)がわかるもの（マイナンバーカード、通知カード、個人番号が記載された住民票等）
 - ④ 年金手帳または基礎年金番号通知書 ※20歳以上59歳以下の方のみ

職場の健康保険の被扶養者（扶養家族）になれませんか？

年間収入が130万円未満（認定対象者が60歳以上または一定の障がいがある場合は180万円未満）の場合、ご家族の職場の健康保険に被扶養者として加入できる場合があります。
被扶養者に該当すると思われる方は、職場の健康保険担当者に相談しましょう！

注意点

- ・職場の健康保険に加入されているご家族の収入を主として生計維持していることが前提です。
- ・被扶養認定対象者の収入には、遺族年金等の非課税所得も含まれます。
- ・手続きはご家族の職場（事業主）を通じての届出になります。

健康保険等加入連絡票

記入例

◎下記の内容は、すべて保険者又は事業所で記入していただくものです。

◎保険証の「記号・番号」と「保険者番号」を必ず記入してください。

⇒記入がない場合、書類不備として国保脱退の手続きが遅れる場合があります。

記入方法等がわからない場合には、お手数ですが、国民健康保険担当窓口までお問合せください。

< 健康保険等資格取得証明書 >

被保険者の記号番号	記号	〇〇〇〇〇〇〇〇	番号	〇〇〇	
保険者名	全国健康保険協会 健康保険組合 共済組合	〇〇支部 国保組合	保険者 番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	
被保険者 (会社等に就職する本人)	住所	〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇番〇〇号			
	氏名	〇〇 〇〇	生年月日	S・H・R〇〇年〇〇月〇〇日	
	基礎年金番号	〇〇〇〇—〇〇〇〇〇〇			
健康保険・厚生年金 資格取得年月日	S・H・R	〇〇年 〇〇月 〇〇日	↓ 被扶養者の方が資格取得する場合は 以下の日付も必ずご記入ください		
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 認定された年月日	備考
	〇〇 〇〇	S・H・R〇〇.〇〇.〇〇	妻	S・H・R〇〇.〇〇.〇〇	
		S・H・R . .		S・H・R . .	
		S・H・R . .		S・H・R . .	
	S・H・R . .		S・H・R . .		
上記のとおり相違ないことを証明します。					
令和 〇年 〇月 〇日					
保険者（事業所）					
所在地 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇番〇〇号					
名称 〇〇〇〇株式会社					
代表者氏名 代表取締役 〇〇 〇〇					
電話番号 (〇〇〇) (〇〇〇) (〇〇〇〇)					

(藤枝市国保脱退用)