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。

※別世帯の方が手続きする場合、委任状が必要です

持ち物

1. この連絡票　または社会保険証のコピー（社保加入者全員分）
2. 国民健康保険被保険者証（返還のため・国保加入者全員分）
3. 来庁される方の本人確認ができるもの（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など）
5. 年金手帳　※２０歳以上５９歳以下の方の分のみ

◎市役所ホームページ
でも手続きの方法を
ご覧いただけます



QRコード

＜ 健康保険等資格取得証明書 ＞

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 健康保険証の記号番号 | 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　　　.　　 . |  |
| 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（就職者）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被保険者証を使用されますと、国民健康保険で負担した医療費は、返納しなければなりません。

　◎持ち物につきましては、「表面」をご覧ください。

なお、健康保険等脱退連絡票の代わりに、新たに加入した健康保険の保険証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保険証をお持ちください。

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. 来庁される方の本人確認できるもの（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など）

1. 年金手帳　※２０歳以上５９歳以下の方の分のみ

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みます。

・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 ＞

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 健康保険証の記号番号 | 記　号 | **○○○○○○○○** | 番　号 | **○○○** |
| 保険者名 | 全国健康保険協会　　　　　　　　　　　**○○**支部　　　　　　　　　　健康保険組合　　　　　　　　　　共済組合　　　　　国保組合 | 保険者番　号 | ○○○○○○○○ |
| 被　保　険　者（会社等に就職する本人） | 住　所 | **○○市○○町○○丁目○○番○○号** |
| 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**○○**.**○○**.**○○** | 妻 | 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　**○○県○○市○○町○○丁目○○番○○号**　　　名　称　**○○○○株式会社**　代表者氏名　**代表取締役　　○○　○○**　　　 　　　電話番号　**（○○○）（○○○）（○○○○）** |

（藤枝市国保脱退用）