

保険・年金 脱退連絡票

記入例

あなたは、これまで勤めていた当事業所を退職され、健康保険の資格を喪失（厚生年金・共済年金加入の方は国民年金に種別変更）することになりましたので、当事業所の健康保険の資格喪失後**14日以内**にこの連絡票を持って下記のとおり国民健康保険加入（国民年金への切替え）の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、保険料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もなりません。また、その間の治療費は資格を証明するものがないため、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 南丹市役所（本庁・各支所の窓口）
- 持参するもの
 - この連絡票
 - 本人であることを証明するもの（運転免許証、パスポート等）
 - 年金手帳（60歳未満の方）
 - マイナンバーがわかるもの（個人番号カード等）

※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（健康保険組合・共済組合の方は異なる場合があります。）が、退職後20日以内に申請すると、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、健康保険組合又は共済組合でお尋ねください。

健康保険 共済組合

脱退証明書

 の中は必ず記入をお願いします。

保 険 者 番 号		1 2 3 4 5 6		健康保険の記号番号		9 8 7 6 5 4 1 2 3		
被 保 険 者 (組合員)	住 所	京都府南丹市〇〇町〇〇△△番地						
	氏 名	国保 一郎		被扶養者の資格異動のみの場合は、斜線を引いて下さい。 昭・平 2 年 1 0 月 1 日生				
	資格喪失年月日 (退職年月日)	令和 2 年 4 月 1 日 (令和 2 年 3 月 3 1 日)		基礎年金番号 3 2 2 6 - × × × × × ×				
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			
	国保 陽子	昭・平・令 63・12・1	妻	令和 2 年 4 月 1 日				
	国保 孝	昭・平・令 2・1・20	子	令和 2 年 4 月 1 日				
		昭・平・令 . .		年 月 日	除外日が被保険者本人と同じでも、必ず記入してください。			
		昭・平・令 . .		年 月 日				

退職者の
内容を記入
して下さい。

被扶養者が
いる場合は、
必ず記入し
てください。

※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。

被保険者が後期高齢者医療制度に加入した場合は、被扶養者も社会保険の資格を喪失します。その場合は「○」を記入、そうでない場合は空欄として下さい。

令和 2 年 4 月 2 日

事 業 所 所 在 地 京都府南丹市□□町××〇〇番地

名 称 株式会社 ○〇〇〇

代 表 者 氏 名 代表取締役 京都 健一 印

電話 (0 7 7 1) × × - × × × ×

〈お問い合わせ先〉南丹市 市民課 保険年金係 0771-68-0011