

## 健康保険・共済組合等 加入連絡票

あなたは、 健康保険（共済組合）の資格を取得したため、  
健康保険（共済組合）の被扶養者として認定されたため、  
 国民健康保険を脱退することになります。 【該当の□欄にレを付けてください。】

**国民健康保険を脱退するためには届出が必要です。**

この連絡票に加え下記の持ち物を持参して、お住まいの区の区役所または行政センター内の国民健康保険担当へ14日以内に届け出てください。

なお、届出が遅れた場合、国民健康保険の医療給付を受けられないことがありますので、注意してください。

- 《持ち物》①窓口に来た方の身元確認ができるもの（マイナンバーカード、運転免許証など）  
 ②窓口に来た方が代理人の場合は代理権がわかるもの（委任状など）  
 ③世帯主と該当する方のマイナンバーが確認できるもの  
 （マイナンバーカード、通知カード等）  
 ④国民健康保険資格確認書

※詳しくは、お住まいの区の区役所または行政センター内の国民健康保険担当へ確認してください。

## 健康保険・共済組合等 資格取得証明書

被保険者 記号番号	記号		番号		枝番	
保険者名	全国健康保険協会 健康保険組合 共済組合 国民健康保険組合				支部 保 険 者 番 号	
					<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
被保険者 (組合員)	氏 名		生 年 月 日		資格取得 年 月 日	平成 令和 年 月 日
			昭和 平成 令和 年 月 日			
被 扶 養 者	枝番	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日	
			昭和 平成 令和 年 月 日		平成 令和 年 月 日	
			昭和 平成 令和 年 月 日		平成 令和 年 月 日	
			昭和 平成 令和 年 月 日		平成 令和 年 月 日	
			昭和 平成 令和 年 月 日		平成 令和 年 月 日	
備考						

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

電 話 ( )

(裏面もご確認ください。)

## § 事業主の皆様へ

1. 国民健康保険に加入していた方が就職されたときや、従業員の家族の方が健康保険の被扶養者に認定されたときは、「健康保険・共済組合等 加入証明書」の発行をお願いします。

また、従業員の方には、必ず国民健康保険の手続きをされるよう、ご指導を併せてお願いします。

## 2. 記載上の注意

- (1) 「被扶養者」欄は、被扶養者として認定された場合に記入してください。  
被保険者本人の資格取得の際に、被扶養者がある場合も記入してください。  
なお、被扶養者の異動のみの場合でも、「保険者名」、「被保険者記号番号」、「保険者番号」および被保険者の「氏名」、「生年月日」欄は記入してください。

※不明な点は、従業員の方がお住いの区の区役所または行政センター内の国民健康保険担当へ確認してください。

---

## § 被保険者の方へ

次の方は、14日以内に国民健康保険の届出をおこなってください。

### 1. 就職したときや健康保険の被扶養者に認定されたとき

国民健康保険に加入されていた方は、資格喪失の手続きが必要です。