**健康保険資格喪失連絡票**

令和　　年　　月　　日

□下記の者は、健康保険の被保険者の資格を喪失したことを連絡します。

　　　□下記の者は、健康保険の被扶養者の認定を解除されたことを連絡します。

（該当欄にレを記入してください。）

所在地

事業所

(又は保険者）

名 称　　　　 　　　　　　　　　　　　㊞

　　（℡ 　　 -　　　 -　　　担当者　　　　）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被保険者 | 氏名 |  |
| 生年月日 | 昭・平・令　　年　　月　　日 | 性別 | 男 ・ 女 |
| 資格取得年月日 | （取得）　平成・令和　　　年　　　月　　　日 |
| 資格喪失年月日 | （喪失）　平成・令和　　　年　　　月　　　日（退職の場合は退職日の翌日） |
| 退職年月日 | （退職）　平成・令和　　　年　　　月　　　日 |
| 保険者番号名　　　称 | 番号 |  | 名称 |  |
| 保　険　証記号/番号 | 記号 |  | 番号 |  | 基礎年金番号 | 　　　　　- |
| 氏　名 | 生年月日 | 性別 | 続柄 | 資格認定日 | 資格解除日 |
| 被扶養者 |  | 昭・平・令　 年　 月　 日 | 男・女 |  | 平成・令和 年 月 　日 | 平成・令和 年 月 　日 |
|  | 昭・平・令　 年　 月　 日 | 男・女 |  | 平成・令和 年 月 　日 | 平成・令和 年 月 　日 |
|  | 昭・平・令　 年　 月　 日 | 男・女 |  | 平成・令和 年 月 　日 | 平成・令和 年 月 　日 |
|  | 昭・平・令　 年　 月　 日 | 男・女 |  | 平成・令和 年 月 　日 | 平成・令和 年 月 　日 |
|  | 昭・平・令　 年　 月　 日 | 男・女 |  | 平成・令和 年 月 　日 | 平成・令和 年 月 　日 |

《記入上の注意》

１．証明者（事業所）が必ず全欄記入してください。（証明者以外が記入したものは無効です。）

２．本人の資格喪失の際に、被扶養者がある場合は必ず記入してください。

３．修正した場合は、必ず証明者（事業所）の訂正印を押してください。

★国保加入の手続きは資格喪失後１４日以内に

　手続に必要なもの　○健康保険資格喪失連絡票（この用紙）

　　　　　　　　　　○顔写真付きの身分証明書（有効期限内の運転免許証・パスポートなど）

　　　　　　　　　　○印鑑（スタンプ印不可。保険変更に伴う手続きで必要な場合があります。）

　　　　　　　　 ○マイナンバーがわかるもの

○委任状（別世帯の方が窓口に来られる場合は必要です。）

※退職された方は、前保険の任意継続制度にご加入いただける場合があります。

事前に保険料等を比較のうえ、お手続きください。国保税は税務担当課で試算できます。