

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。)

事業所 所在地
(又は保険者) 名 称 (印)
(Tel - - 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 險 証 記号/番号	記号		番号		基礎 年番号	-
氏 名		生 年 月 日		性別	続柄	資格認定日
被 扶 養 者		昭・平・令 年 月 日		男・女		平成・令和 年 月 日
		昭・平・令 年 月 日		男・女		平成・令和 年 月 日
		昭・平・令 年 月 日		男・女		平成・令和 年 月 日
		昭・平・令 年 月 日		男・女		平成・令和 年 月 日
		昭・平・令 年 月 日		男・女		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が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。