

保険・年金 脱退連絡票

(本人・家族用)

あなたは、これまで勤務していた事業所を退職され(家族の方が健康保険の被扶養者の認定抹消され)、法律により国民健康保険に加入(国民年金は種別の変更)することになりましたので、この連絡票を持参して14日以内に下記の要領で届出をしてください。

記

1.届出先 木津川市役所 国保年金課 国保年金係

2.持参するもの (1) この連絡票

(2) その他の持ち物

① 個人番号(マイナンバー)が確認できるもの

※世帯主と加入される方全員分が必要です。

② 手続きに来られる方のご本人を確認できるもの

※マイナンバーカード、免許証、パスポートなど

健康保険 脱退証明書 共済組合

被保険者 (組合員)	住所					
	氏名	年 月 日生				
健 保 ・ 共 済 組 合 員 等 の 資 格 喪 失 年 月 日		健 保 ・ 共 済 組 合 員 等 被 保 険 者 記 号 番 号		基 礎 年 金 番 号		
年 月 日 (注.退職日の翌日です。)						
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	
		・ ・				
		・ ・				
		・ ・				
		・ ・				

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

事業所所在地

名 称

代表者氏名

電話 () -