

健康保険(共済組合)取得 連絡票
喪失

国民健康保険・国民年金加入用

退職者 (被保険者)	氏名	昭和・平成・令和 年 月 日生				
	住所	豊橋市				
健康保険(共済組合) 等の資格喪失年月日	取得	平成 令和	年 月 日	健保・共済の 保険証記号 番号及び 保険者名・番号	()	
	喪失	平成 令和	年 月 日			
	退職	平成 令和	年 月 日	基礎年金番号	—	
被扶養者	氏名	生年月日		続柄	被扶養者の認定 を除外された日	退職以外のとき の喪失理由
		明大 昭平 令	年 月 日		平成 令和	年 月 日
		明大 昭平 令	年 月 日		平成 令和	年 月 日
		明大 昭平 令	年 月 日		平成 令和	年 月 日
		明大 昭平 令	年 月 日		平成 令和	年 月 日
上記のとおり相違ありません。						
令和 年 月 日 事業所所在地 名 称 印 電話番号 () —						

お届けはお早めに！(14日以内にお届けください)

記入上の注意

- 資格喪失日は退職年月日の翌日となります。
- 被扶養者欄は、被扶養者から除外された場合に記入して下さい。(本人の資格喪失及び退職年月日欄以外はすべてを記入して下さい。)
本人の喪失に伴う被扶養者の認定除外の場合も、被扶養者欄は必ず記入して下さい。

☆国民健康保険

・届け出が遅れた場合、国民健康保険税は最高3年間遡ってかかり、その間の医療費は全額負担となる場合があります。

・子ども・母子・障がい者等の医療受給者証をお持ちの方がいましたら、ご持参ください。

◇国民年金

・基礎年金手帳、配偶者の基礎年金手帳(3号であった場合)もご持参ください。

○問合せ先:国保年金課窓口グループ 電話 0532-51-2293