

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末梢され）、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。

この届出をしないで、医療機関で診療を受けられても、その診療費は自己負担となります。また、届出の有無にかかわらず、保険料（税）は、退職日の翌日の属する月から賦課されますのでご注意ください。

記

1. 届 出 先            宇治市役所国民健康保険課
2. 持参するもの
  - (1) この連絡票
  - (2) 本人確認書類(運転免許証・パスポート等)
  - (3) マイナンバーが確認できるもの(通知カード又はマイナンバーカード)
  - (4) 認め印
  - (5) 保険料納付に口座振替を利用される方は口座番号の分かるもの・銀行印  
※ 京都銀行・京都信用金庫・京都中央信用金庫・ゆうちょ銀行をご利用される場合、キャッシュカードのみで口座登録が可能です(専用端末で暗証番号の入力が必要)。
  - (6) その他の持ち物
    - ①すでに、あなたの世帯に国民健康保険加入者がおられる場合はその被保険者証
    - ②年金手帳（配偶者が年金手帳をお持ちの場合は御夫婦の分）

\* 事業所において、被保険者期間が継続して2ヶ月以上ある方が退職後20日以内に申請すると在職時の健康保険の任意継続ができます。詳しくは社会保険事務所（健康保険組合）でおたずねください。

健康保険  
共済組合

脱退証明書

被保険者 (組合員)	住所			世帯主氏名	
	氏名	昭・平 年 月 日		世帯主との続柄	
健保・共済組合員等の資格喪失年月日		健保・共済組合等保険証記号番号		厚生・共済年金等の記号番号	
※令和 年 月 日 (注.退職日の翌日です。)					
被 扶 養 者	氏 名	生 年 月 日	世帯主との 続柄	被扶養者として認定 を除外された年月日	備考
		令・平・昭 . .		令 . .	
		令・平・昭 . .		令 . .	
		令・平・昭 . .		令 . .	

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

印

TEL ( ) -