

健康保険(共済組合) 取得 喪失 連絡票

国民健康保険用

被保険者 (組合員)	氏名				生年月日	昭平	年	月	日生		
	住所	かつらぎ町									
健康保険(共済組合) 等の取得・喪失年月日		取得	平成	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	年	月	日					
		退職	平成	年	月	日	基礎年金番号		—		
被扶養者	氏名		生年月日		続柄	被扶養者の認定を取得 または喪失された日		退職以外の 取得喪失理由			
			昭平	年	月	日		平成	年	月	日
			昭平	年	月	日		平成	年	月	日
			昭平	年	月	日		平成	年	月	日
			昭平	年	月	日		平成	年	月	日
			昭平	年	月	日		平成	年	月	日
<p>上記のとおり相違ありません。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">事業所所在地</p> <p style="text-align: center;">名 称 ㊞</p> <p style="text-align: center;">電 話 番 号</p>											

お届けはお早めに！(14日以内にお届けください)

【注意】

- ①資格喪失日は退職年月日の翌日となります。
- ②本人の資格喪失に伴う被扶養者の認定除外の場合も、被扶養者欄に記入してください。
- ③届け出が遅れた場合、喪失日まで遡っての加入となります。
また国民健康保険税は最高3年間遡ることになります。
- ④子ども・母子・障がい者等の医療受給者証をお持ちの方はご持参ください。

お問合せ先
かつらぎ町役場 やすらぎ対策課保険係
TEL 0736-22-0300