連絡票の記入例

被扶養者の資格異動のみの場合は、※欄に斜線を引いてください。

健康保険・共済組合　脱退証明書（資格喪失証明書）

被保険者（組合員）	住　所	静岡市葵区追手町５番１号			世帯主氏名	国保太郎
	氏　名	国保　太郎	生年月日	(昭和) 平成 49・9・9 令和	世帯主との続柄	本人

ここは、退職者の内容を記入してください。

健保・共済組合員等の資格喪失年月日	健保・共済組合等	保険者番号（保険者名称）	01220011（協会健保静岡支部）
		保険証記号番号（事業所・個人番号）	記号 12345678 番号 1
※ 令和 4 年 4 月 1 日 （※ 退職日の翌日です）		基礎年金番号	3950-00000

被扶養者がいる場合は、必ず記入して、いない場合は斜線を引いてください。

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
	国保　花子	(昭和) 平成 50・1・15 令和	妻	昭和 平成 4・4・1 (令和)	
	国保　一郎	昭和 (平成) 13・3・12 令和	子	昭和 平成 4・4・1 (令和)	
		昭和 平成 ・ ・ 令和		昭和 平成 ・ ・ 令和	
		昭和 平成 ・ ・ 令和		昭和 平成 ・ ・ 令和	

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和　4　年　4　月　1　日

事業所所在地　静岡市葵区追手町９番６号
名　　称　（株）追手町商事
代表者氏名　静岡　葵
電話番号　（054）－ 999 － 9999

除外日が本人と同一日でも必ず記入してください。

《注意事項》

○証明書の記入は全て、事業者または保険者が記入してください。
○記入漏れがある場合は、事業所等に確認のため連絡をすることがあります。
　また、確認できない場合は、国民健康保険の加入手続きができないこともあります。