

# 健康保険(共済組合)喪失連絡票

国民健康保険加入用  
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	蒲郡市				
資格取得年月日	平成 令和	年 月 日	加入していた健康 保険の記号番号 (保険者名)	( )		
資格喪失年月日	平成 令和	年 月 日				
退職年月日	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	被扶養者として 認定を除外された日	退職以外のときの 喪失理由	
		昭和 平成 令和	年 月 日		平成 令和	年 月 日
		昭和 平成 令和	年 月 日		平成 令和	年 月 日
		昭和 平成 令和	年 月 日		平成 令和	年 月 日
上記のとおり相違ありません。						
事業所所在地						
令和 年 月 日 名称						
電話番号 ( ) —						

☆資格喪失年月日は、退職年月日の翌日となります。

☆国民健康保険

- ・退職後、**14日以内**に国民健康保険資格取得の届出が必要です。
- ・届出が遅れると、医療費が全額自己負担となる場合があります。
- ・既にあなたの世帯に国民健康保険加入者がいる場合は、被保険者証または資格確認書をご持参ください。
- ・**子ども・障害者・母子・精神**の各医療費助成を受けている方は、医療受給者証もご持参ください。

☆国民年金

- ・この証明書とともに**基礎年金番号がわかるもの(年金手帳、基礎年金番号通知書等)**をご持参ください。
- ・配偶者が国民年金第3号被保険者であったときは、配偶者の基礎年金番号がわかるものをご持参ください。

市民課	国民年金	国保給付	福祉医療

○お問い合わせは、蒲郡市役所保険年金課へ  
国民健康保険担当 TEL 66-1103 (直通)  
福祉医療担当 TEL 66-1102 (直通)  
国民年金担当 TEL 66-1101 (直通)