

保険、年金 加入連絡票

(本人・家族用)

あなたは当事業所に就職され、法律により国民健康保険の資格を喪失（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**に下記の要領で届け出をして下さい。

〔この届けをしないで国民健康保険被保険者証を使用されますと、国民健康保険で負担した医療費は、市町村に返納しなければなりません。〕

記

1. 届け出先 あなたが住んでいるところの市役所又は町村役場
2. 持ち物 (1) この連絡票
 (2) 国民健康保険被保険者証
 (3) 年金手帳（扶養している配偶者が年金手帳を有している場合はご夫婦の分）
 (4) 認め印

静 岡 県
 市 町 村

健康保険 加入証明書 共済組合

就職者 (被保険者 組合員)	住所			世帯主氏名	
	氏名	〔 年 月 日生〕		世帯主との続柄	
健保・共済組合員等の資格取得年月日		健保・共済組合等	保険者番号		
※ 年 月 日			保険証記号番号		
		基礎年金番号			
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された年月日	備考
		
		
		

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)