

## 保険・年金 加入連絡票

あなたは、当事業所に就職され（家族の方が健康保険の被扶養者に認定され）、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出をしてください。

〔 この届出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。 〕

1. 届 出 先 住所地の市役所または町村役場
2. 持参するもの
  - (1) この連絡票
  - ※脱退する方全員の新しい健康保険の保険証でも可
  - (2) 国民健康保険被保険者証(国保加入者全員分)
  - (3) 本人確認書類（運転免許証やマイナンバーカードなど）

※別世帯の方が手続きされる場合は、委任状が必要です

## 健康保険・共済組合 加入証明書

被保険者 (組合員)	住 所				世 帯 主 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 名			
			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	
		年 月 日		年 月 日		
		年 月 日		年 月 日		
		年 月 日		年 月 日		

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

(保険者または事業所)

所 在 地

名 称

代 表 者 氏 名

印

電 話 ( ) -