

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（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。〕

記

1. 届 出 先
- あなたが住んでおられるところの市役所又は町村役場（京都市の場合は区役所・支所・出張所）
2. 持参するもの
- (1)この連絡票
(2)国民健康保険被保険者証（保険証）
(3)年金手帳（扶養されている配偶者が年金手帳をお持ちの場合は御夫婦の分）
(4)認め印

京 都 府

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	明・大・昭・平 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 証 記 号 番 号		基 礎 年 金 番 号	
※ 平・令 年 月 日					
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
		明・大・昭・平・令 . .		平・令 . .	
		明・大・昭・平・令 . .		平・令 . .	
		明・大・昭・平・令 . .		平・令 . .	
		明・大・昭・平・令 . .		平・令 . .	

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

電話（ ） ー