

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 または 職場の健康保険証
 - (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
 - (5) 世帯主と対象者の個人番号がわかるもの
 - (6) 委任状（届け出人が別世帯の場合）

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 氏 名	大 昭 平 年 月 日生	世帯主氏名	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			
※ 平 成 令 和 年 月 日	基 礎 年 金 番 号	保 険 証 記 号 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
		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 平 年 月 日

事業所所在地
名 称
代表者氏名

☎ ()

