

# 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の資格がある状態で医療機関を受診されると、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

- 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
- 持参するもの
  - この連絡票
  - 国民健康保険被保険者証もしくは資格確認書
  - 個人番号（マイナンバー）が確認できるもの  
※世帯主と加入される方全員分が必要です
  - 手続きに来られる方の顔写真付きのご本人を確認できるもの  
(免許証、マイナンバーカード、パスポートなど)

## 健康保険 共済組合 加入証明書

就職者 〔被保険者 組合員〕	住所				
	氏名	昭・平・令 年 月 日 生			
健保・共済組合員等 の資格取得年月日		健保・共済組合等 保険記号番号		基礎年金番号	
令和 年 月 日					
被 扶 養 者	氏名	生年月日	被保険者 との続柄	被扶養者として 認定された年月日	備考
		昭・平・令 · ·		令 · ·	
		昭・平・令 · ·		令 · ·	
		昭・平・令 · ·		令 · ·	
		昭・平・令 · ·		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 ( ) —

# 証明書の記入例

## 健康保険 共済組合

就職者 被保険者 組合員	住所 氏名	昭・平・令 年 月 日 生		
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	
令和 年 月 日				
被扶養者	氏名	生年月日	被保険者 との続柄	被扶養者として 認定された年月日
		昭・平・令 · ·		令 · ·
		昭・平・令 · ·		令 · ·
		昭・平・令 · ·		令 · ·
		昭・平・令 · ·		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 ( ) —

事業所が記載してください。

被扶養者がいる場合は、必ず記入してください。

認定年月日が被保険者(組合員)と同一日でも必ず記入してください。

資格取得年月日は必ず記入してください。

被扶養者の資格異動のみの場合は、資格取得年月日欄に斜線を引いてください。