

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、精華町に返納しなければなりません。〕

記

- 届出先 精華町役場 国保医療課 国保係
- 持参するもの
 - この連絡票
 - 精華町国民健康保険被保険者証（保険証）
 - その他の持ち物
 - ①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
 - ②手続きに来られる方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、保険証など

健康保険 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	備考
		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

電話（ ） —

記入例

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	京都府相楽郡精華町大字南稲八妻小字北尻70番地		
	氏名	精華 太郎		
		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
	精華 花子	昭・平・令	妻	令
	精華 小太郎	昭・平・令	子	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 京都府相楽郡精華町□□ 番地

名称 (株)◇◇◇

代表者氏名 京都府 太郎

電話 (0774) 94 - 2004

事業所の情報を記入してください

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

資格認定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、資格取得年月日の欄に斜線を引いてください