

# 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

- 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）
- 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

就職者 (被保険者 組合員)	住所 氏名	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 保険証記号番号	基礎年金番号	※		
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	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
		・		・	
		・		・	
		・		・	

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

事業所所在地  
名 称  
代表者氏名

印

☎ ( )

連絡先: 連絡票の用紙がなくなった場合は、最寄りの市役所又は町村役場（京都市の場合は区役所・支所）の国民健康保険担当課へ、御連絡ください。