

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(資格確認書)を使用されると、国民健康保険で負担した医療費は、木津川市に返納しなければなりません。〕

記

1. 届出先 木津川市役所 国保年金課 国保年金係

2. 持参するもの

- (1) この連絡票
- (2) 木津川市国民健康保険被保険者証(資格確認書)
※国民健康保険を脱退する方全員分が必要です。
- (3) 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
※世帯主と国民健康保険の資格を喪失される方全員分が必要です。
 - ②手続きに来られる方のご本人を確認できるもの
※マイナンバーカード、免許証、パスポートなど

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	年月日生		
健保・共済組合員等 の資格取得年月日		健保・共済組合員等 被保険者記号番号	基礎年金番号	
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
		・・		
		・・		
		・・		
		・・		

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

電話 ()

—