

# 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)を使用されますと、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	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

電話 (                      )                      ー