

# 保険・年金 加入連絡票

## 記入例

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 南丹市役所（本庁・各支所の窓口）
- 持参するもの
  - この連絡票
  - 国民健康保険被保険者証（保険証）
  - 年金手帳（60歳未満の方）
  - 本人であることを証明するもの（運転免許証、パスポート等）
  - マイナンバーがわかるもの（個人番号カード等）

## 健康保険 共済組合

## 加入証明書

の中は必ず記入をお願いします。

被保険者 (組合員)	住所	京都府南丹市〇〇町〇〇△△番地		世帯主氏名	国保 一郎
	氏名	国保 一郎	昭 <sup>平</sup> 2年10月 1日生	世帯主との続柄	本人
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 2年 4月 1日		9 8 7 6 5 4 1 2 3		3 2 2 6 - × × × × × ×	
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
	国保 陽子	昭 <sup>平</sup> ・令 63・12・1	妻	令和 2年 4月 1日	
	国保 孝	昭 <sup>平</sup> ・令 2・1・20	子	令和 2年 4月 1日	認定日が被保険者本人と同じでも、必ず記入してください。
		昭 <sup>平</sup> ・令 . .		年 月 日	
		昭 <sup>平</sup> ・令 . .		年 月 日	

加入者の内容を記入して下さい。

被扶養者がいる場合は、必ず記入してください。

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 2年 4月 2日

事業所所在地 京都府南丹市□□町××〇〇番地  
名称 株式会社 ○○○○  
代表者氏名 代表取締役 京都 健一 印

電話 ( ) -

〈お問い合わせ先〉南丹市市民課 保険年金係 0771-68-0011