

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を使用されますと、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
 - 国民健康保険資格確認書または資格情報のお知らせ
 - 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 加入証明書

被保険者 (組合員)	住所			世帯主氏名	
	氏名	昭・平・令 年 月 日生		世帯主との続柄	
保険者名				保険者番号	
健康保険の記号・番号		記号		番号	
資格取得年月日		年 月 日			
基礎年金番号					
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
		昭・平・令 . .		年 月 日	
		昭・平・令 . .		年 月 日	
		昭・平・令 . .		年 月 日	

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

印

電話 () -