

健康保険加入連絡表

あなたは当事業所に就職され、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**に下記の要領で届け出をして下さい。

この届け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

- 届け出先 沼津市市民福祉部国民健康保険課又は、市民窓口事務所
- 持ち物 (1) この連絡票
(2) 国民健康保険被保険者証
(3) 年金手帳（扶養している配偶者が年金手帳を有している場合はご夫婦分）
(4) 認め印

静 岡 県
市 町 村

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		世帯主氏名		
	氏名	昭 平 年 月 日	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	保険者番号		
※ 年 月 日			保険証 記号番号		
		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・	
		昭・平 令・ . .			
		昭・平 令・ . .			

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

事業所等所在地
名 称
代表者氏名

TEL () —

印