

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
沼津市

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 沼津市御幸町〇〇-〇	世帯主氏名 国保 一郎			
氏名 国保 一郎	生年月日 昭 40年3月11日 平	世帯主との続柄 本人			
健保・共済組合員等の資格取得年月日 ※ 令和〇年〇月〇〇日	健保・共済組合等 基礎年金番号 〇〇〇〇-123456	保険者番号 3951 保険証 記号番号 沼しや 〇〇〇			
被扶養者	氏名 国保 花子	生年月日 昭・平 50. 1. 5 令	世帯主との続柄 妻	被扶養者として認定された年月日 令 〇・〇〇・〇〇	備考
		昭・平			
		昭・平			
		昭・平			

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 〇年〇〇月〇〇日

事業所等所在地 沼津市高島本町1-4
名称 株式会社 沼津
代表者氏名 〇〇 〇〇

Tel (055) 〇〇〇-〇〇〇〇

沼津

印