

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

- 1、 届け出先 あなたが住んでいるところの市役所又は町村役場
- 2、 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の分）  
(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	〔 年 月 日 生 〕		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		
※ 令和 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・令 平	. .	令 和	. .
		昭・令 平	. .	令 和	. .
		昭・令 平	. .	令 和	. .

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  
TEL**

