

# 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して医療機関等を受診されますと、国民健康保険で負担した医療費は、京丹波町に返納しなければなりません。

## 記

- 届 出 先 京丹波町役場（本庁・各支所の国民健康保険担当窓口）
- 持参するもの
  - この連絡票
  - 国民健康保険資格確認書（交付を受けている方のみ）
  - 本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証等）
  - マイナンバーが確認できるもの（マイナンバーカード等）

# 健康保険 加入証明書

保 険 者 番 号		健保・共済組合等の 記 号 番 号			
就職者 〔被保険者 組合員〕	住 所				
	氏 名				
	生 年 月 日	年 月 日	資格取得 年月日	年 月 日	
被 扶 養 者	氏 名	生 年 月 日	被保険者 との続柄	被扶養者として 認定された年月日	備 考
		年 月 日		年 月 日	
		年 月 日		年 月 日	
		年 月 日		年 月 日	
		年 月 日		年 月 日	

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

事業所所在地

名 称

代表者氏名

印

電話番号（ ）

—