

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、沼津市に返納しなければなりません。

記

- 届け出先 沼津市市民福祉部市民課又は、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

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	明大 昭 40年3月11日	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	健保・共済組合等	保険者番号	3951		
※平成〇〇年〇〇月〇〇日		保険証 記号番号	沼しや 〇〇〇		
		基礎年金番号	〇〇〇〇-123456		
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をされた年月日	備考
	国保 花子	明大 昭 平 50. 1. 5	妻	平〇〇・〇〇・〇〇	
		明大 昭 平 . .			
		明大 昭 平 . .			

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

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