

# 健康保険 厚生年金保険 加入連絡票 共済組合

〔あなたは当事業所に就職し、  
あなたの被扶養者は被扶養認定され、〕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**に次の要領で届け出をしてください。

〔この届けをしないで国民健康保険被保険者証（保険証）を使用した場合、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。〕

- 1 届け出先 **あなたが住んでいるところの市・区役所 または 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（保険証）
    - (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
- ※ 持ち物については、事前に届け出先の市区町村にご確認ください。

市 町 村  
広 島 県

# 健康保険 厚生年金保険 加入証明書 共済組合

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	
健康保険等の 資格取得年月日		年 月 日				
健康保険被保険者 証等の記号・番号				年金手帳の 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	
		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。

事業所所在地  
年 月 日 名 称  
代表者職氏名

印

TEL (                      )                      -