

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、富士宮市に返納しなければなりません。 〕

記

- 1 届け出先 富士宮市役所 保険年金課
- 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（扶養され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) 個人番号の確認書類（通知カード、個人番号記載の住民票等）
  - (5) 身元確認書類（運転免許証などの顔写真付き身分証明書等）

※ただし個人番号カードをお持ちの場合には個人番号カードで（4）と（5）の確認ができます。

※ 被扶養者がいる場合は、被扶養者として認定された年月日の記入が必要です。  
 ※ 詳しくは、富士宮市保険年金課へ確認してください。

## 健康保険 加入証明書

### 共済組合

就職者	住所			世帯主氏名	
被保険者 組合員	ふりがな	.....		世帯主との 続柄	
	氏名	(昭・平・令 年 月 日生)			
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		
平・令 年 月 日		保 険 証 記 号 番 号			
平・令 年 月 日		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・平・令 . .		平・令 . .	
		昭・平・令 . .		平・令 . .	
		昭・平・令 . .		平・令 . .	

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

事業所等所在地  
 名 称  
 代 表 者 氏 名



TEL ( ) -