

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、宇治市に返納しなければなりません。

記

- 届出先 宇治市役所国民健康保険課
- 持参するもの
  - この連絡票
  - 本人確認書類
  - マイナンバーカード（個人番号カード）、またはマイナンバーのわかる書類
  - 認め印

健康保険  
共済組合

加入証明書

就職者 〔被保険者 組合員〕	住所			世帯主氏名	
	氏名	昭・平 年 月 日		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・共済組合等保険証記号番号		厚生・共済年金等の記号番号	
※令和 年 月 日 (注.退職日の翌日です。)					
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
		令・平・昭 . .		令 . .	
		令・平・昭 . .		令 . .	
		令・平・昭 . .		令 . .	

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

事業所所在地

名 称

代表者氏名

印

TEL ( ) -