

健康保険 厚生年金保険

資格等取得（喪失）連絡票

取得
下記の者は、健康保険・厚生年金保険の被保険者の資格を したことを連絡します。
喪失

下記の者は、健康保険の被扶養者の認定を抹消されたことを連絡します。

(該当欄に✓をしてください。)

平成 年 月 日 所在地 _____
事業所 名称 _____
代表者 _____ (印)
(TEL _____ 担当者 _____)

記

| A 被 保 険 者 | | 氏 名 | | | | |
|--|-----|----------------------------|------------------------------|----|----------------|-----|
| | | 生年月日 | 大・昭・平 年 月 日 | | 性別 | 男・女 |
| B 健康保険・厚生年金保険 資格取得又は資格喪失 年月日（退職年月日） | | 取得平成 年 月 日 | C 健康保険の被保険者証 記 号 ・ 番 号 | | D 年金手帳の基礎年金番号 | |
| | | 喪失平成 年 月 日 (退職平成 年 月 日) | | | | |
| E 被 扶 養 者 | 氏 名 | 生年月日 | 性別 | 続柄 | 被扶養者の認定を抹消された日 | |
| | | 明大 昭平 年 月 日 | | | 平成 年 月 日 | |
| | | 明大 昭平 年 月 日 | | | 平成 年 月 日 | |
| | | 明大 昭平 年 月 日 | | | 平成 年 月 日 | |
| | | 明大 昭平 年 月 日 | | | 平成 年 月 日 | |
| | | 明大 昭平 年 月 日 | | | 平成 年 月 日 | |

(注)

- B欄の資格喪失年月日は、退職年月日の翌日になります。
- E欄の被扶養者は、被扶養者の認定を抹消された場合に記入してください。
また、本人の資格取得又は資格喪失の際に、被扶養者がある場合も必ず記入してください。なお、被扶養者の異動だけの場合でもA、B、C、D、E欄は必ず記入してください。
- この連絡票は、国民健康保険・国民年金の手続きの際に、市町村の担当課に提示してください。