

健康保険 資格等取得（喪失）連絡票

厚生年金保険

下記の者は、健康保険等の被保険者の資格を 取得 喪失 したことを連絡します。

下記の者は、健康保険の被扶養者として 認定 認定を抹消 されたことを連絡します。

年 月 日

所在地

事業所 名称

代表者 ⑩

TEL (— — 担当者)

記

被保険者	氏名	年 月 日生			男女						
	住所										
健康保険・厚生年金保険 資格取得または資格喪失 年月日（退職年月日）	取得	年	月	日	健康保険の 被保険者証 記号・番号						
	喪失	年	月	日		保険者番号					
	退職（	年	月	日）							
被扶養者	氏名	生	年	月	日	性別	続柄	被扶養者として認定又は 認定を抹消された日	退職以外のときの 抹消理由		
			年	月	日			認定	年 月 日		
				年	月	日			抹消	年 月 日	
				年	月	日			認定	年 月 日	
				年	月	日			抹消	年 月 日	
				年	月	日			認定	年 月 日	
			年	月	日			抹消	年 月 日		

＜記載上の注意＞

1. 喪失年月日は、退職年月日の翌日となります。
2. 被扶養者欄は、被扶養者として認定、又は、認定を抹消された場合に記入してください。
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記入してください。
なお、被扶養者の異動のみの場合は、被保険者欄と被扶養者欄を記入してください。
3. 退職以外のときの抹消理由も必ず記入して下さい。
(例 収入が被扶養者認定基準を上回ったため、被扶養者が就職したため など)

この連絡票を受け取られた方は、お住まいの市役所や町村役場で国民健康保険の手続きを行う場合に提出してください。また、わからないことがありましたら、お住まいの市役所や町村役場の国民健康保険担当課へお問い合わせください。