

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・厚生年金保険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。)

令和 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	昭・平	年	月 日
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 年 月 日	C 健康保険の被保険者証 記号・番号		
	喪失 年 月 日 (退職 年 月 日)	D 年金手帳の基礎年金番号		
E 被 扶 養 者	氏名	生年月日	続柄	被扶養者の認定を抹消された日
		大 昭 平 令 年 月 日		令和 年 月 日
		大 昭 平 令 年 月 日		令和 年 月 日
		大 昭 平 令 年 月 日		令和 年 月 日
		大 昭 平 令 年 月 日		令和 年 月 日

- (注)
- 1 B欄の資格喪失年月日は、退職年月日の翌日になります。
 - 2 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。
 - 3 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。