

健康保険・厚生年金保険資格等取得（喪失）連絡票

下記の者は、平成 年 月 日付で 入社 退職 するため、健康保険等の被保険者の資格を 取得 喪失 します。

または、健康保険被扶養者の資格を 取得 喪失 します。

平成 年 月 日

所在地 _____
 事業所 名称 _____
 代表者 _____ 印
 TEL _____ 担当者 _____

記

被 保 險 者 氏 名 A	氏名		昭和 年 月 日生 男・女		平成 年 月 日生 男・女	
	住所					
健康保険・厚生年金保険資格 の取得または資格喪失年月日 (退職年月日) B	取得日 平成 年 月 日		健康保険の被保険者証 記 号・番 号 C			
	喪失日 平成 年 月 日 (退職 平成 年 月 日)		基礎年金番号			
被 扶 養 者 D	氏 名	生 年 月 日	性別	続柄	被扶養者として認定した日 または 喪失した日	退職以外の 喪失理由
		昭和 平成 年 月 日	男 女		平成 年 月 日	
		昭和 平成 年 月 日	男 女		平成 年 月 日	
		昭和 平成 年 月 日	男 女		平成 年 月 日	
		昭和 平成 年 月 日	男 女		平成 年 月 日	

【記入上の注意】

- B欄の資格喪失年月日は、退職年月日の翌日となります。
- (1) D欄の同一世帯者欄は、認定を抹消された場合に記入して下さい。
 本人の資格喪失の際に、同一世帯者がいる場合は必ず記入して下さい。
 なお、被扶養者の異動だけの場合でもA、C、D欄は必ず記入して下さい。
- (2) 退職以外の喪失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)

健康保険・厚生年金保険者資格を喪失された方へ

資格喪失されますと、国民健康保険・国民年金の届け出が必要です。忘れずに14日以内にお住まいの市町村役場へ届け出して下さい。

(届出の際に必要なもの)

- ・本連絡票
- ・印鑑
- ・本人確認ができるもの (免許証等)
- ・年金手帳 (基礎年金番号通知書)