

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、令和〇〇年11月30日付け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。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

所在地 新見市新見△△△番地△
名称 □□□□□ 株式会社
代表者 代表取締役 ■ ■ ■ ■
TEL 0867-72- 担当者 ◆ ◆ ◆ ◆

記

被保険者氏名	氏名	新見 太郎			昭和〇〇年〇〇月〇〇日生	男
	住所	新見市新見▲▲▲番地▲			平成〇〇年〇〇月〇〇日生	女
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）	取得日	平成〇〇年〇〇月〇〇日			健康保険の被保険者証 記号・番号 C	
	喪失日	令和〇〇年12月1日			基礎年金番号	
		(退職 令和〇〇年11月30日)			〇〇〇〇-〇〇〇〇〇〇	
被扶養者	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
	新見 花子	昭(平)〇年〇月〇日	男(女)	妻	平成(令和)〇〇年12月1日	
		昭・平 令 年 月 日	男 女		平成 令和 年 月 日	
		昭・平 令 年 月 日	男 女		平成 令和 年 月 日	
D		昭・平 令 年 月 日	男 女		平成 令和 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、認定を末梢された場合に記入してください。
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ください。
なお、被扶養者の異動だけの場合でもA、C、D欄は必ず記入してください。
- (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)