

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 A	氏 名	新見 太郎				昭和 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日生 令和	男
	住 所	新見市新見▲▲▲番地▲					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) B	取得日	年	月	日	保険者番号 C	〇〇〇〇〇〇	
	喪失日	令和 6 年 1 2 月 1 日				健康保険の被保険者 記 号・番 号 D	〇〇〇・〇〇〇〇
	(退職 令和 6 年 1 1 月 3 0 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	
	新見 花子	昭 平 〇 年 〇 月 〇 日 令	男 女	妻	平成 〇〇 年 1 2 月 1 日 令和		
		昭・平 年 月 日 令	男 女		平成 年 月 日 令和		
		昭・平 年 月 日 令	男 女		平成 年 月 日 令和		
		昭・平 年 月 日 令	男 女		平成 年 月 日 令和		

- 【記入上の注意】
1. B欄の資格喪失年月日は、退職年月日の翌日となります。
2. (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)