

市役所、町村役場 国民健康保険担当課 提出用

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、健康保険等の被扶養者として 認定 認定抹消 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 _____)

被保険者氏名 (住所) A		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 大昭平令 年 月 日生 </div>				男女
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) B		取得年月日	平成・令和 年 月 日			
		喪失年月日	平成・令和 年 月 日 (退職 平成・令和 年 月 日)			
被扶養者 C	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
		大平昭令 年 月 日			平成令和 年 月 日	
		大平昭令 年 月 日			平成令和 年 月 日	
		大平昭令 年 月 日			平成令和 年 月 日	
		大平昭令 年 月 日			平成令和 年 月 日	

(記載上の注意)

- B欄の喪失年月日は、退職年月日の翌日となります。
- 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。
 退職以外の理由のときの認定抹消理由も必ず記入してください。
 (例 収入が被扶養者認定基準を上回ったため)

この連絡票を受け取られた方は、お住まいの市区役所や町村役場で国民健康保険の手続を行う場合に提出してください。また、不明な点がございましたら、お住まいの市区役所や役場の国民健康保険担当課へお問い合わせください。