

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、年金保険・健康保険の被保険者の資格を 取得 したことを連絡します。
 喪失

下記の者は、健康保険の被扶養者として 認定 されたことを連絡します。
 認定を抹消

(該当□欄にチェックをつけてください。)

令和 年 月 日

所在地

事業所

名称

代表者

印

電話

—

—

担当者

被 保 険 者	氏名		生年月日	昭・平・令 . .	性別	男・女
	住所					
	健康保険・厚生年金 保険資格取得又は 喪失年月日	取得 平成 令和 年 月 日	喪失 平成 令和 年 月 日 (退職 年 月 日)	健康保険の被保険者証 記号・番号 (保険者番号)	()	
				基礎年金番号		
被 扶 養 者	氏名	生年月日	続柄	被扶養者として認定又は 認定を抹消された年月日	退職以外のときの 喪失理由	
		昭・平・令 . .		認定 平成 抹消 令和 . .		
		昭・平・令 . .		認定 平成 抹消 令和 . .		
		昭・平・令 . .		認定 平成 抹消 令和 . .		
		昭・平・令 . .		認定 平成 抹消 令和 . .		

(元号、性別、認定・抹消は該当に○をつけてください。)

(会社の方へ…記入上の注意)

- 健康保険の被扶養者の取得・喪失及び被扶養者の認定抹消の都度、すべての欄を記入してください。
 - 被保険者の取得・喪失の際に、被扶養者がある場合は、被扶養者欄も必ず記入してください。
 - 被扶養者の認定・抹消の場合でも、同様にすべての欄を記入してください。
 - 被扶養者欄の喪失理由欄は、具体的に記入してください。(例：収入が認定基準を上回ったため)
- 被保険者欄の喪失年月日は退職年月日の翌日になります。

*この連絡表は速やかに作成のうえ本人へ渡し、市役所国保年金課、または南出張所・北出張所、及び各総合事務所に14日以内に届出するよう指導願います。