

健康保険 厚生年金 資格取得（喪失）連絡票

取得
 喪失

下記の者は、健康保険・厚生年金保険の被保険者の資格を 喪失したことを連絡致します。

下記の者は、健康保険被扶養者の資格を喪失し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 _____)

記

A 被 保 険 者	氏 名						
	生年月日	昭・平	年	月	日	性別	男・女
B 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)	取得	令和	年	月	日	C 健康保険の被保険者証 記号・番号	
	喪失	令和	年	月	日		
	(退職)	令和	年	月	日	D 年金手帳の基礎年金番	
E 被 扶 養 者	氏 名	生 年 月 日	性別	続柄	被扶養者の資格を喪失した日		
		大昭 平令	年 月 日			令和 年 月 日	
		大昭 平令	年 月 日			令和 年 月 日	
		大昭 平令	年 月 日			令和 年 月 日	
		大昭 平令	年 月 日			令和 年 月 日	

(注)

- 1 B欄の資格喪失年月日は、退職年月日の翌日になります。
- 2 E欄の被扶養者は、被扶養者の認定を抹消された場合に記入してください。
また、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必ず記入してください。なお、被保険者の異動だけの場合でもA、B、C、D、Eの欄は必ず記入してください。
- 3 この連絡票は、国民健康保険・国民年金の手続きの際に、市町村の担当課に提示してください。