

健康保険 厚生年金保険 資格取得・喪失連絡票

下記の者は、厚生年金保険・健康保険の資格を 年 月 日 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 年 月 日 認定 されたことを連絡します。
認定を抹消
(該当欄に「レ」をしてください。)

令和 年 月 日

事業所所在地
事業所名称
事業主 印
電話番号 () 担当者

記

被保険者氏名A	[昭・平・令 年 月 日生] [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	喪失 年 月 日 (退職 年 月 日)			
健康保険の記号番号C	年金手帳の基礎年金番号D				
被 扶 養 者 E	氏 名	生 年 月 日	性別	続柄	被扶養者として認定又 は認定が抹消された日
		昭・平・令 年 月 日			年 月 日
		昭・平・令 年 月 日			年 月 日
		昭・平・令 年 月 日			年 月 日
		昭・平・令 年 月 日			年 月 日

(注)

- B欄の喪失年月日は、退職年月日の翌日になります。
- E欄は、被扶養者として認定又は認定を抹消された場合に記入してください。
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、被扶養者の異動だけの場合でもA・B・C・D・E欄は必ず記入してください。
- 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。
- この連絡票は、コピーして使用してください。