

記入例

以下の該当する項目全てを事業所の方に記入証明してもらってください。

※ 町村役場に提出してください。

国民年金係

国民健康保険係

健康保険・厚生年金保険資格取得（喪失）連絡票

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、健康保険等の扶養者として 認定された 不該当となった ことを連絡します。
(該当欄にをして下さい。)

平成 年 月 日

事業所

所在地

名称

事業所の代表者印を必ず押印してください。

代表者

印

〒(

担当者)

A 被保険者氏名	退職され、健康保険を喪失される ご本人の住所、氏名、生年月日			大・昭・平 年 月 日生		男・女		
	住所			電話番号				
健康保険・厚生年金保険資格 取得または資格喪失年月日	取得 平成 年 月 日			C健康保険の被保険者 証記号・番号				
	B喪失 平成 年 月 日			D厚生年金の記号番号		退職の翌日		
E 被 扶 養 者	氏名	生年月日	性別	続柄	被扶養者となった日	F被扶養者として認定又 は不該当となった日	G退職以外の ときの理由	
	扶 養 者	明 昭 大 平	年 月 日	男・ 女		昭和 平成	年 月 日	平成 年 月 日
		明 昭 大 平	年 月 日	男・ 女		昭和 平成	年 月 日	平成 年 月 日
		明 昭 大 平	年 月 日	男・ 女		昭和 平成	年 月 日	平成 年 月 日
		明 昭 大 平	年 月 日	男・ 女		昭和 平成	年 月 日	平成 年 月 日
		明 昭 大 平	年 月 日	男・ 女		昭和 平成	年 月 日	平成 年 月 日

(記載上の注意)

- B欄の喪失年月日は、退職年月の翌日となります。
- E欄の被扶養者欄について
 - F欄の被扶養者として認定または不該当となった日欄は、社会保険事務所に提出し、返送のあった健康保険被扶養者（異動）届けの認定印、認定日欄をもとに記入してください。
 - 本人の資格取得の際に、被扶養者がある場合も上記（1）の要領で必ず記入してください。
 - 本人の資格喪失の際に、被扶養者がある場合も必ず記入してください。
 - G欄は、退職以外の時の理由も必ず記入してください。

(例：収入が認定基準内となったため)

なお、被扶養者の異動だけの場合でもA．C．D．E．F．G欄は必ず記入してください。