

※ 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

所在地 _____

事業所 名称 _____

代表者 _____ 印

〒(_____ 担当 者)

| | | | | | | | |
|-------------------------------|--------------|----------------------|-----|-----|----------------|--------------------------|-----------------|
| A 被 保 険 者 氏 名 | | | | | 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 | | | | | |
| 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 |
| | | 明 昭 年 月 日 大 平 | 男・女 | | 昭和 年 月 日 平成 | 平成 年 月 日 | |
| | | 明 昭 年 月 日 大 平 | 男・女 | | 昭和 年 月 日 平成 | 平成 年 月 日 | |
| | | 明 昭 年 月 日 大 平 | 男・女 | | 昭和 年 月 日 平成 | 平成 年 月 日 | |
| | | 明 昭 年 月 日 大 平 | 男・女 | | 昭和 年 月 日 平成 | 平成 年 月 日 | |
| | | 明 昭 年 月 日 大 平 | 男・女 | | 昭和 年 月 日 平成 | 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。