

※ 事業所記入のうえ市役所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
 取得したことを連絡します。
 喪失
- 下記の者は、健康保険等の扶養者として
 認定されたことを連絡します。
 不該当となった
(該当欄に☑をしてください。)

令和 年 月 日

所在地

名称

事業所

代表者

印

TEL (- - 担当者)

A 被保険者氏名				昭平令	年	月	日	男	女							
住所				電話番号												
健康保険・厚生年金保険資格 取得又は資格喪失年月日		取得	昭平令	年	月	日	C 健康保険の被保険者証 記号・番号									
		B 喪失	平令	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						
		昭平令	年	月	日	男女		昭平令	年	月	日	平令	年	月	日	
		昭平令	年	月	日	男女		昭平令	年	月	日	平令	年	月	日	
		昭平令	年	月	日	男女		昭平令	年	月	日	平令	年	月	日	
		昭平令	年	月	日	男女		昭平令	年	月	日	平令	年	月	日	
		昭平令	年	月	日	男女		昭平令	年	月	日	平令	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又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：収入が認定基準外となったため）
- 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。