

記入例

※ 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

該当する箇所へ✓を入れてください。

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
- 下記の者は、健康保険等の扶養者として

- 取得
- 喪失
- 認定された
- 不該当となった

したことを連絡します。
ことを連絡します。

事業所様の所在地、事業所名称、代表者名、電話番号、ご担当者名をご記入ください。

令和 年 月 日

被保険者の方の氏名、生年月日、性別、ご住所、電話番号をご記入ください。

所在地
事業所 名称
代表者
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年月日 又は資格喪失年月日	昭平令 年 月 日	C 健康保険の被保険者証 記号・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	B 喪失 昭平令 年 月 日	D 厚生年金の記号・番号				
E 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
被 扶 養 者	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	

健康保険・厚生年金保険の資格取得年月日又は資格喪失年月日をご記入ください。

被扶養者の方がいる場合はこちらにもご記入ください。

(記載上の注意)

1. B欄の喪失年月日は、退職年月の翌日となります。
 2. E欄の被扶養者欄について
 - (1) 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。
 - (2) 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。
 - (3) 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。
 - (4) 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。