

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

☐ 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。）

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

令和 年 月 日

被保険者の方の氏名、生年月日、
住所、電話番号を記入ください。

所在地

事業所 名称

代表者

印

Tel (ー ー 担当者)

A 被 保 険 者 氏 名				昭 平 令	年 月 日			
住 所				電話番号				
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 を記入ください。	健康保険・厚生年金保険資格 取得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 記号・番号				
		B 喪 失 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		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		昭 平 令	年 月 日	平 令	年 月 日
		昭 平 令	年 月 日		昭 平 令	年 月 日	平 令	年 月 日
		昭 平 令	年 月 日		昭 平 令	年 月 日	平 令	年 月 日
		昭 平 令	年 月 日		昭 平 令	年 月 日	平 令	年 月 日
		昭 平 令	年 月 日		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
を記入ください。

被扶養者の方がいる
場合はこちらにも
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。