

国民健康保険・国民年金の手続きの際市区町村窓口にご持参ください。

健康保険 厚生年金保険

資格取得・喪失等連絡票

令和 年 月 日

- 下記の者は、令和 年 月 日 健康保険・厚生年金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、令和 年 月 日 健康保険等の被扶養者として 認定 取得を抹消 されたことを連絡します。
- [該当欄に✓をしてください。]

所在地 _____
事業所 名称 _____
代表者 _____ 印 _____
TEL (_____ 担当者)

記

A 被保険者氏名 住所	(氏名) (昭平 年 月 日生)					男女
	(住所)					
B 健康保険の被保険者証 記号・番号等	記号	番号	保険者番号	保険者名	取得年月日	
					年 月 日	
C 年金手帳の基礎年金番号						
D 被用者年金加入期間	(1) 20年以上		(2) 40歳以上10年以上		(3) その他	
E 被扶養者	氏名	生年月日	性別	続柄	被扶養者として認定又は 認定を抹消された日	退職以外のとき 取得喪失理由
		昭平 年 月 日	男女		令和 年 月 日	
		昭平 年 月 日	男女		令和 年 月 日	
		昭平 年 月 日	男女		令和 年 月 日	
		昭平 年 月 日	男女		令和 年 月 日	
		昭平 年 月 日	男女		令和 年 月 日	

(記載上の注意事項)

- 喪失年月日は、退職年月日の翌日となります。
- E欄の被扶養者欄は、被扶養者として、認定または認定を抹消された場合に記入して下さい。
- 本人の資格取得又は資格喪失の場合でも、被扶養者がある場合はE欄を必ず記入してください。
なお、被扶養者の異動だけの場合でも、A、B、C、D、E欄は必ず記入してください。
- 退職以外の理由とときの資格取得喪失理由も必ず記入してください。(例 収入が被扶養者認定基準を上廻ったため)

[事業主-届出被保険者-市区町村窓口]