

# 健康保険 厚生年金保険

## 資格等取得（喪失）連絡票

□下記の者は、健康保険・厚生年金保険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、健康保険の被扶養者の認定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。)

平成 年 月 日 所在地 \_\_\_\_\_  
事業所 名称 \_\_\_\_\_  
代表者 \_\_\_\_\_ (印)  
(TEL \_\_\_\_\_ 担当者 \_\_\_\_\_)

記

A 被保険者		氏名		生年月日		性別		男・女	
B 健康保険・厚生年金保険 資格取得又は資格喪失 年月日（退職年月日）		取得平成 年 月 日		C 健康保険の被保険者証 記号・番号		D 年金手帳の基礎年金番号			
		喪失平成 年 月 日 (退職平成 年 月 日)							
E 被扶養者	氏名	生年月日	性別	続柄	被扶養者の認定を抹消された日				
		明大 昭平 年 月 日			平成 年 月 日				
		明大 昭平 年 月 日			平成 年 月 日				
		明大 昭平 年 月 日			平成 年 月 日				
		明大 昭平 年 月 日			平成 年 月 日				

(注)

- B欄の資格喪失年月日は、退職年月日の翌日になります。
- E欄の被扶養者は、被扶養者の認定を抹消された場合に記入してください。  
また、本人の資格取得又は資格喪失の際に、被扶養者がある場合も必ず記入してください。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。
- この連絡票は、国民健康保険・国民年金の手続きの際に、市町村の担当課に提示してください。