

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

平成 年 月 日

下記の者は、平成 年 月 日 健康保険・厚生年金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、平成 年 月 日 健康保険等の被扶養者として 認定 認定を抹消 されたことを連絡します。
〔該当欄にレをして下さい。〕

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

A 被保険者氏名	(氏名)	大昭平	年	月	日生	男
	住所	(住所)				女
B 健康保険等の被保険者証 記号・番号等	記号	番号	保険者番号	保険者名	取得年月日	
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歳以降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	退職以外による取得喪失理由
		明昭大平 年 月 日			平成 年 月 日	
		明昭大平 年 月 日			平成 年 月 日	
		明昭大平 年 月 日			平成 年 月 日	
		明昭大平 年 月 日			平成 年 月 日	
		明昭大平 年 月 日			平成 年 月 日	

(記入上の注意)

- 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。
- 本人の資格取得または資格喪失の場合でも、被扶養者がある場合は、E欄に必ず記入下さい。
なお、被扶養者の異動だけの場合でも、A、B、C、D、E欄は、必ず記入して下さい。
- 退職以外の理由のときの資格喪失理由も必ず記入して下さい。(例 収入が被扶養者認定基準を上回ったため)

〔事業主一届出被保険者一市区町村窓口〕