

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、 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、 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
担当者 _____
TEL (_____)
記

A 被保険者氏名 住所	(氏名) _____ 年 月 日生 _____ 男 _____ 女					
	(住所) _____					
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 個人番号	_____		
E 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	
F 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
	_____	_____ 年 月 日	_____	_____	_____ 年 月 日	_____
	_____	_____ 年 月 日	_____	_____	_____ 年 月 日	_____
	_____	_____ 年 月 日	_____	_____	_____ 年 月 日	_____
	_____	_____ 年 月 日	_____	_____	_____ 年 月 日	_____
	_____	_____ 年 月 日	_____	_____	_____ 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。
- F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、F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、F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]