

健康保険 資格等取得・喪失連絡票

厚生年金保険

平成 年 月 日

殿 事業所所在地
 事業所名称
 事業主 印
 電話番号 () 担当者

1. 下記の者は、厚生年金保険・健康保険の資格を 年 月 日 取得 喪失 したことを連絡します。
2. 下記の者は、健康保険の被扶養者として 年 月 日 認定 認定を抹消 されたことを連絡します。

(該当欄に「レ」をしてください。)

被保険者氏名 (住所) A	(大・昭 年 月 日生) (男・女)				
健康保険の記号番号B	記号	番号	年金手帳の基礎年金番号C	-	
被 扶 養 者 D	氏 名	生 年 月 日	性別	続 柄	備 考
		明・大・昭・平 年 月 日			
		明・大・昭・平 年 月 日			
		明・大・昭・平 年 月 日			
		明・大・昭・平 年 月 日			

(記載にあたってのお願い)

- 「1」の「取得」は、いままで国民年金・国民健康保険に加入していた方のみ記入してください。
- 「1」の「喪失」のときの年月日は、退職年月日の翌日を記入してください。
- 「被扶養者」の欄は、被扶養者として認定又は認定を抹消された場合に記入してください。
 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欄は必ず記入してください。

この「健康保険・厚生年金保険資格等取得・喪失連絡票」は市区町村の

- ◎ 国民年金担当課に国民年金の資格取得届・資格喪失届・第3号被保険者該当届等を届出の際、年金手帳・印鑑を持参のうえ提出してください。
- ◎ 国民健康保険担当課に国民健康保険の資格取得・喪失の届出の際、印鑑等持参のうえ提出してください。なお、家族が国民健康保険に加入している場合は、その国民健康保険被保険者証も提出してください。