

健康保険 厚生年金保険 資格取得・喪失連絡票

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。)

年 月 日

事業所所在地

事業所名称

事業主

印

電話番号

()

担当者

記

被保険者氏名	[昭・平・令 年 月 日生] [男・女]				
(住所) A					
健康保険の記号番号B	～	厚生年金保険の記号番号C	～		
被 扶 養 者 D	氏 名	生 年 月 日	性別	続 柄	備 考
		昭・平・令 年 月 日			
		昭・平・令 年 月 日			
		昭・平・令 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者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・喪失の届出を提出してください。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。