

資格取得日または資格喪失日から14日以内に届け出てください。

この連絡票は国民健康保険の窓口へ

健康保険 資格等取得・喪失連絡票

厚生年金保険

認定
 下記のもの、健康保険等の被保険者としての資格を されたことを証明します。
 認定を抹消

認定
 下記のもの、健康保険等の被扶養者として されたことを証明します。
 認定を抹消

年 月 日

所在地
事業所名
代表者
TEL

印

記

被保険者氏名	(年 月 日) 男・女					
住所 A	〒 - TEL()					
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) B	取得 年 月 日	健康保険の被保険者証等 記号・番号		C		
	喪失 (退職 年 月 日)	保険証番号及び保険者名				
年金手帳の基礎年金番号 D	-					
被 扶 養 者 E	氏名	生年月日	性別	被扶養者として認定又は 認定を抹消された日	退職以外の時の抹消理由	年金手帳の 基礎年金番号
	配偶者	年 月 日	男・女	認定 抹消 年 月 日		
		年 月 日	男・女	認定 抹消 年 月 日		
		年 月 日	男・女	認定 抹消 年 月 日		

(記載上の注意)

- B欄の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又は抹消された場合に必ず記入してください。
本人の資格喪失の際に、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、C、D、E欄は記入してください。
- 退職以外の理由のときの抹消理由も必ず記入してください。(例 収入が被扶養者認定基準を上回ったため)