

健康保険 資格等取得（喪失）連絡票

厚生年金保険

取得
 喪失

□ 下記の者は、健康保険・厚生年金保険の被保険者の資格を したことを連絡します。

認定
 認定を抹消

□ 下記の者は、健康保険の被扶養者として されたことを連絡します。

(該当欄に をしてください。)

令和 年 月 日

所在地

事業所 名称

代表者

印

(電話 - - 担当者)

記

A 被保険者	氏名		生年月日		昭・平	年	月	日	性別	男・女
	B 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）	取得	昭・平 令	年	月	日	C 健康保険の被保険者証 記号・番号			
喪失		平成・令和 (退職 平成・令和	年	月	日)					
		年	月	日	D 年金手帳の基礎年金番号					
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 認定を抹消された年月日	備考	
		昭 平令	年	月	日			認定 令和 抹消 年 月 日		
		昭 平令	年	月	日			認定 令和 抹消 年 月 日		
		昭 平令	年	月	日			認定 令和 抹消 年 月 日		
		昭 平令	年	月	日			認定 令和 抹消 年 月 日		
		昭 平令	年	月	日			認定 令和 抹消 年 月 日		
		昭 平令	年	月	日			認定 令和 抹消 年 月 日		

(注)

- 1 証明書になりますので、「事業所」欄については社印または座版での押印が必要になります。
- 2 B欄の資格喪失年月日は、退職年月日の翌日になります。
- 3 E欄の被扶養者は、被扶養者の異動（認定及び認定の取り消し）があった場合に記入してください。
また、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。
- 4 この連絡票は、国民健康保険・国民年金の手続きの際に、市町村の担当課に提出してください。