

健康保険・厚生年金保険被保険者資格取得（喪失）連絡票

下記の者は、健康保険等の被保険者資格を 取得 喪失 したことを連絡します。

（該当のものに○印をしてください。）

令和 年 月 日

事業所 所在地
名 称
代表者
TEL ()

a	被保険者氏名	昭和 ・ 平成 令和	年 月 日生	
	住 所			
b	健康保険・ 厚生年金保険 資格取得(喪失) 年月日	取得日 平・令 年 月 日	c 健康保険 被保険者 記号・番号 (保険者番号) ()	
		喪失日 平・令 年 月 日 (退職日：平・令 年 月 日)		
		d 基 礎 年 金 番 号		
被 扶 養 者	氏 名	生 年 月 日	続柄	被扶養者保険資格 □取得日 □喪失日
		昭・平・令 年 月 日生		平・令 年 月 日
		昭・平・令 年 月 日生		平・令 年 月 日
		昭・平・令 年 月 日生		平・令 年 月 日
		昭・平・令 年 月 日生		平・令 年 月 日

- 注 意
- 1 この連絡票は、資格取得（就職）・喪失（退職）された方が国民健康保険・国民年金の加入手続き等を行うためのものですので、市役所・町役場へ提出してください。
 - 2 b 欄の喪失年月日は、退職の日の翌日になります。
 - 3 c～d 欄は必ず記入してください。
 - 4 被扶養者の保険資格については 取得日 喪失日 どちらかにチェック☑してください。