

健康保険 厚生年金保険	資格等取得(喪失)連絡票
------------------------	---------------------

※この様式は事業所の方に記入していただくものです

□下記の者は、健康保険等の被保険者の資格を 取得 喪失 したことを連絡します。

□下記の者は、健康保険等の被扶養者として 認定 解除 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 : _____ (印)
 代表者 : _____
 TEL(_____) 担当者(_____)

被 保 険 者 ①	氏名				(生年月日)	男	
	住所				昭平 年 月 日生	女	
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)②	[取得]	平 年 月 日	健康保険の被保険者証 の記号・番号・枝番 ③				
	[喪失]	平 年 月 日	保険者の名称・番号	名称			
	(退職 年 月 日)	平 年 月 日	基礎年金番号 ④	番号			
被 扶 養 者 ⑤	氏 名	生 年 月 日	性別	続柄	被扶養者として認定 又は解除された日	退職以外のと きの解除理由	枝番
		昭平 年 月 日生			認定日 年 月 日 解除日 年 月 日		
		昭平 年 月 日生			認定日 年 月 日 解除日 年 月 日		
		昭平 年 月 日生			認定日 年 月 日 解除日 年 月 日		
		昭平 年 月 日生			認定日 年 月 日 解除日 年 月 日		
		昭平 年 月 日生			認定日 年 月 日 解除日 年 月 日		

(記入上の注意) <全ての欄については事業所の方が記入してください>

1. ②欄の喪失年月日は、退職年月日の翌日になります。
2. (1) ⑤欄の被扶養者欄は、被扶養者として認定又は解除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記入してください。
 なお、被扶養者の異動だけの場合は、②欄を除く①、③、④、⑤欄に記入してください。
- (2) 退職以外の理由のときの認定・解除理由も必ず記入してください。
 (例: 収入が被保険者認定基準を上回ったため、被扶養者に不該当)

この連絡票を受け取られた方は、お住まいの市役所又は町村役場で国民健康保険・国民年金の手続を行う場合に提出してください。また、お手続きに必要なものや、分からないことがありましたらお住まいの市役所又は町村役場の国民健康保険・国民年金担当課へお問い合わせください。(電話番号は「様式1」をご覧ください。)

事務所等を離職した場合、国民健康保険に加入する他に、雇用期間によっては離職した事業所等の健康保険の任意継続保険に加入できる場合や、離職後の収入状況によってはご家族の健康保険の被扶養者になれる場合もありますので、詳しくは事業所又はご加入の健康保険の担当者の方へお尋ねください。