

健康保険・厚生年金保険資格等取得（喪失）連絡票

(該当の□にレをしてください。)

下記の者は、健康保険等の被保険者資格を

取得 したことを連絡します。

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資格を

取得 されたことを連絡します。

喪失 されたことを連絡します。

年 月 日

所在地

名称

事業所

代表者

印

電話

(- -)

担当者

記

被 保 険 者 氏 名 住 所 A	ふりがな				大 昭 平	年 月 日	男 ・ 女
	真庭市						
資格取得年月日B	取得	年 月 日	健康保険被保険者証 保険者番号 記号・番号 C		() 保険者番号		
資格喪失年月日 (退職年月日)	喪失 (退職	年 月 日) 年 月 日)			() 記号・番号		
被 扶 養 者 D	氏 名	生 年 月 日	性別	続柄	被扶養者として資格を取得 または喪失した日	退職以外の喪失理由	
		昭大 平令	年 月 日	男 女		取得 年 月 日	被保険者の退職 退職以外 ()
						喪失 年 月 日	
		昭大 平令	年 月 日	男 女		取得 年 月 日	被保険者の退職 退職以外 ()
						喪失 年 月 日	
		昭大 平令	年 月 日	男 女		取得 年 月 日	被保険者の退職 退職以外 ()
						喪失 年 月 日	
		昭大 平令	年 月 日	男 女		取得 年 月 日	被保険者の退職 退職以外 ()
						喪失 年 月 日	
		昭大 平令	年 月 日	男 女		取得 年 月 日	被保険者の退職 退職以外 ()
					喪失 年 月 日		

1. B欄の資格喪失年月日は、基本的に退職年月日の翌日となります。
2. (1) D欄の同一世帯者欄は、被扶養者の方が資格を取得（費用認定）または喪失（扶養抹消）した日を記入してください。
本人の資格喪失の際に、同一世帯者がい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欄は必ず記入してください。
- (2) 退職以外の喪失理由も記入してください。(例 収入が被扶養者認定基準を上回ったため)

健康保険・厚生年金保険被保険者資格を喪失された方へ

資格喪失されたら国民健康保険・国民年金の届出が必要です。忘れず14日以内にお住まいの市町村役場へ届出してください。
届出の際に必要なもの、本連絡票・印鑑・年金手帳（基礎年金番号通知書）・本人確認ができる免許書等です。