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。

（該当のものに〇印をしてください。）

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	男 女
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 健康保険被保険者証記号・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	性別	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。