

この連絡票は国民健康保険の窓口へ

健康保険
厚生年金保険 資格等取得・喪失連絡票

□下記の者は、健康保険等の被保険者の資格を喪失したことを連絡します。

□認定

□下記の者は、健康保険等の被扶養者として されたことを連絡します。

□認定を抹消

(該当□欄に✓印を記入してください。)

令和 年 月 日

所在地
事業所名
代表者
TEL

印

記

被保険者氏名	(昭・平 年 月 日) 男・女					
住所 A	〒 [][][] - [][][] TEL ()					
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) B	取得 令和 年 月 日	健康保険の被保険者証等 記号・番号				
	喪失 令和 年 月 日 (退職 令和 年 月 日)	保険者番号及び保険者名 C				
年金手帳の基礎年金番号 D	—					
被扶養者 E	氏名	生年月日	性別	被扶養者として認定又は 認定を抹消された日	退職以外の時の抹消理由	年金手帳の 基礎年金番号
	配偶者	昭・平 令 年 月 日	男・女	認定 令和 抹消 年 月 日		
		昭・平 令 年 月 日	男・女	認定 令和 抹消 年 月 日		
		昭・平 令 年 月 日	男・女	認定 令和 抹消 年 月 日		

(記載上の注意)

- B欄の喪失年月日は退職年月日の翌日となります。
- E欄の被扶養者欄は、被扶養者として認定又は認定を抹消された場合に必ず記入してください。
本人の資格喪失の際に、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、C、D、E欄は記入してください。
- 退職以外の理由の時の抹消理由も必ず記入してください。(例 収入が被扶養者認定基準を上回ったため)
(記入例)

被保険者氏名	畷 太郎 (昭・平 45年 7月 1日) 男・女					
住所 A	〒 [5][7][5] - [8][5][0][1] 四條畷市中野本町1番1号 TEL (072-877-2121)					
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) B	取得 令和 年 月 日	健康保険の被保険者証等 記号・番号		東いろは1		
	喪失 令和4年4月1日 (退職 令和4年3月31日)	保険者番号及び保険者名 C		4145 大手前		
年金手帳の基礎年金番号 D	4111 — 654321					
被扶養者 E	氏名	生年月日	性別	被扶養者として認定又は 認定を抹消された日	退職以外の時の抹消理由	年金手帳の 基礎年金番号
	配偶者 畷 花子	昭・平 令 45年 7月 1日	男・女	認定 令和 抹消 4年 4月 1日		4179 123457
		昭・平 令 年 月 日	男・女	認定 年 月 日		
		年 月 日	男・女	認定 抹消 年 月 日		