

国民年金・国民健康保険の手続きの際ご持参ください

健康保険 資格取得・喪失連絡票

厚生年金保険

1. 下記の者は、厚生年金保険・健康保険の資格を 年 月 日 取得したことを連絡します。
喪失

2. 下記の者は、健康保険の被扶養者として 年 月 日 認定されたことを連絡します。
認定を抹消
(該当欄に「レ」をしてください。)

平成 年 月 日

事業所所在地
事業所名称
事業主 印
電話番号 () 担当者

記

被保険者氏名 (住所) A	〔大・昭 年 月 日生〕〔男・女〕				
健康保険の記号番号 B	~	厚生年金保険の記号番号 C	~		
被扶養者 D	氏名	生年月日	性別	続柄	備考
		明・大・昭・平 年 月 日			
		明・大・昭・平 年 月 日			
		明・大・昭・平 年 月 日			
		明・大・昭・平 年 月 日			

- (記載にあたってのお願い)
- 「1」の「取得」は、いままで国民年金・国民健康保険に加入していた者のみ記入してください。
 - 「1」の「喪失」のときの年月日は、退職年月日の翌日を記入してください。
 - 「被扶養者」の欄は、被扶養者として認定又は認定を抹消された場合記入してください。
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・B・C・D 欄は必ず記入してください。

この「健康保険・厚生年金保険資格等取得・喪失連絡票」は、市区町村の国民年金担当課に国民年金の資格取得届・資格喪失届・第3号被保険者該当届等を届出の際、年金手帳・印鑑を持参のうえ、提出してください。
国民健康保険担当課に国民健康保険の資格取得・喪失の届出の際、印鑑等持参のうえ提出してください。なお、家族が国民健康保険に加入している場合は、その国民健康保険被保険者証も提出してください。