

健康保険 厚生年金保険 資格等取得・喪失連絡票

提出先	各市区町村の 国民健康保険・ 国民年金担当課
-----	------------------------------

1. 下記の者は、健康保険 ・ 厚生年金 の資格を	年	月	日	取得したことを連絡します。
2. 下記の者は、健康保険 ・ 厚生年金 の資格を	年	月	日	喪失したことを連絡します。 (※退職日の翌日が喪失日となります。)
3. 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。
4. 下記の者は、健康保険の被扶養者として	年	月	日	認定を抹消されたことを連絡します。

令和 年 月 日 作成	
事業所所在地 :	
事業所名称 :	
事業主氏名 : 印	
電話番号 :	担当者名 :

A	被保険者氏名	〔 昭和・平成・令和 年 月 日生 〕					
	被保険者住所	〒					
B	保険者番号	C	健康保険 記号番号	記 号 : 番 号	D	基礎年金 番号	記 号 : 番 号
				:			:
E	被 扶 養 者	氏 名		生 年 月 日		続 柄	備 考
				昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日			
				昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日			
				昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日			
				昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日			

【 記載にあたって、事業所の方へのお願い 】

- ① 2. の「喪失」の年月日は、退職年月日の翌日を記入してください。
なお、E 欄は、被扶養者がいる場合は、必ず記入してください。
- ② 3. は、新たに被扶養者として認定または認定を抹消された場合に記入してください。
なお、この場合 A ・ B ・ C ・ D ・ E 欄は必ず記入してください。
- ③ 記載にあたってのご照会は、各年金事務所又は市区町村国民健康保険・国民年金担当課へ
お願いします。

【 届出をされる方へお願い 】

この「連絡票」は、**年金手帳**と**印鑑** を持参のうえ提出してください。

◎ 健康保険任意継続被保険者（退職後 20 日以内の手続き）になられた方も、国民年金の加入手続きが必要となりますので提出してください。

※ この手続きは 14 日以内に行ってください。