資格等取得(喪失)連絡票

健康保険

厚生年金保険

□取得

□喪失

* 下記の者は、年金保険・健康保険の被保険者の資格を　　　　　　　したことを連絡します。

□認定

□認定を抹消

* 下記の者は、健康保険の被扶養者として　　　　　　　　　　　されたことを連絡します。

（該当□欄にﾁｪｯｸをつけてください。）

令和 年 月 日

　 所在地

　事業所　 名　称

　 代表者

　電話 　 － － 担当者

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 氏 名 |  | | | 生年月日 | | 昭・平・令 　 ・ ・ | | | 性 別 | 男・女 |
| 住 所 | 平成  令和 | | | | | | | | | |
| 健康保険・厚生年金保険資格取得又は喪失年月日 | | 取得　　　 　　年　　　月　　　日 | | | | 健康保険の被保険者等  記号・番号  （保険者番号） | | ( ) | | |
| 喪失　　　 　 　年　　　月　　　日  平成  令和  （退職　　　 　　年　　　月　　　日) | | | |
| 基礎年金番号 | |  | | |
| 被扶養者 | 氏 名 | | | 生年月日 | | 続柄 | | 被扶養者として認定又は認定を抹消された年月日  認定  抹消  平成  令和 | | 退職以外のときの  喪失理由 | |
|  | | | 昭・平・令 　 ・ ・ | |  | | ・ ・  平成  令和  認定  抹消 | |  | |
|  | | | 昭・平・令 　 ・ ・ | |  | | ・ ・  認定  抹消  平成  令和 | |  | |
|  | | | 昭・平・令 　 ・ ・ | |  | | ・ ・  認定  抹消  平成  令和 | |  | |
|  | | | 昭・平・令 　 ・ ・ | |  | | ・ ・  認定  抹消  平成  令和 | |  | |
|  | | | 昭・平・令　 ・ ・ | |  | | ・ ・ | |  | |

　　　　　　　　　（元号、性別、認定･抹消は該当に〇をつけてください。）

（会社の方へ…記入上の注意）

1. 健康保険の被扶養者の取得･喪失及び被扶養者の認定抹消の都度、すべての欄を記入してください。
2. 被保険者の取得･喪失の際に、被扶養者がある場合は、被扶養者欄も必ず記入してください。
3. 被扶養者の認定･抹消の場合でも、同様にすべての欄を記入してください。
4. 被扶養者欄の喪失理由欄は、具体的に記入してください。（例：収入が認定基準を上回ったため）
5. 被保険者欄の喪失年月日は退職年月日の翌日になります。

＊この連絡表は速やかに作成のうえ本人へ渡し、市役所国保年金課、または南出張所・北出張所、及び各総合事務所に１４日以内に届出するよう指導願います。