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。