

# 健康保険・厚生年金保険被保険者資格取得(喪失)連絡票

□下記の者は、健康保険等の被保険者資格を□取得(□喪失)したことを連絡します。  
□下記の者は、健康保険等の被扶養者として□認定(□認定解除)されたことを連絡します。  
(該当のものに☑してください。)

令和      年      月      日

|     |                                        |
|-----|----------------------------------------|
|     | 所在地                                    |
| 事業所 | 名 称                                    |
|     | 代表者 <span style="float:right">印</span> |
| TEL | 担当者                                    |

|                                        |                 |                        |                                |                 |                 |       |
|----------------------------------------|-----------------|------------------------|--------------------------------|-----------------|-----------------|-------|
| (1) 被保険者氏名                             |                 | 生 年 月 日                | 昭 ・ 平 ・ 令      年      月      日 |                 |                 |       |
| 住 所                                    |                 |                        |                                |                 | 性 別             | 男 ・ 女 |
| (2) 健康保険・<br>厚生年金保険<br>資格取得(喪失)<br>年月日 | 取得              | 年      月      日        | (3) 健康保険<br>被保険者<br>記号・番号      |                 |                 |       |
|                                        | 喪失              | 年      月      日        |                                |                 |                 |       |
|                                        | (退職             | 年      月      日)       |                                |                 |                 |       |
|                                        | (4) 基 礎 年 金 番 号 |                        |                                |                 |                 |       |
| 被<br>扶<br>養<br>者                       | 氏      名        | 生      年      月      日 | 続柄                             | 資 格 取 得 年 月 日   | 資 格 喪 失 年 月 日   |       |
|                                        |                 | 年      月      日        |                                | 年      月      日 | 年      月      日 |       |
|                                        |                 | 年      月      日        |                                | 年      月      日 | 年      月      日 |       |
|                                        |                 | 年      月      日        |                                | 年      月      日 | 年      月      日 |       |
|                                        |                 | 年      月      日        |                                | 年      月      日 | 年      月      日 |       |
| 備      考                               |                 |                        |                                |                 |                 |       |

- 注意
- 1. この連絡票は、資格取得(就職)・喪失(退職)された方が国民健康保険・国民年金の加入手続き等を行うためのものですので、市・区役所または町村役場へ提出してください。
  - 2. (2)欄の喪失年月日は、退職の日の翌日になります。
  - 3. 被扶養者のみが異動された場合でも、(1)～(4)欄のすべてを記入してください。
  - 4. 被扶養者のみが取得(喪失)された場合には、備考欄に扶養認定(扶養認定解除)の旨も記入してください。
  - 5. 届出の際は、この連絡票、本人確認できるもの(運転免許証等)、印鑑、年金手帳をご持参のうえ、提出してください。

(例) 資格を喪失(退職)した場合  
(国民健康保険や国民年金の資格取得手続きが必要な場合)

記入例

- ※ この連絡票は、被保険者にお渡しください。  
※ この連絡票は、国民健康保険・国民年金の届出に必要ですので、  
被保険者が住所地の市役所・町役場へ提出してください。  
※ 届出を速やかに行わないと、医療給付等が受けられない場合があります。  
また、法律に基づき、保険料(税)がさかのぼって賦課・徴収されます。

健康保険・厚生年金保険被保険者資格取得(喪失)連絡票

- ☒ 下記の者は、健康保険等の被保険者資格を☐取得(☒喪失)したことを連絡します。  
☒ 下記の者は、健康保険等の被扶養者として☐認定(☒認定解除)されたことを連絡します。  
(該当のものに☒してください。)

令和 2 年 8 月 2 日

所在地 善通寺市文京町2-1-1  
事業所 名称 善通寺産業(株)  
代表者 善通寺 一郎  
TEL (0877)63-1000 担当者 善通寺 花子

会社  
印

|                                        |                 |                |                           |                      |               |
|----------------------------------------|-----------------|----------------|---------------------------|----------------------|---------------|
| (1) 被保険者氏名                             | 香 川 太 郎         |                | 生 年 月 日                   | 昭 平 ・ 令 38 年 6 月 1 日 |               |
| 住 所                                    | 善通寺市文京町3-1-1    |                |                           | 性 別                  | 男 女           |
| (2) 健康保険・<br>厚生年金保険<br>資格取得(喪失)<br>年月日 | 取得              | 年 月 日          | (3) 健康保険<br>被保険者<br>記号・番号 | 善 よいよ 56             |               |
|                                        | 喪失              | 令和 2年 8月 1日    |                           |                      |               |
|                                        | (退職             | 令和 2年 7月 31日)  |                           |                      |               |
|                                        | (4) 基 礎 年 金 番 号 |                |                           | 7212-117090          |               |
| 被<br>扶<br>養<br>者                       | 氏 名             | 生 年 月 日        | 続柄                        | 資 格 取 得 年 月 日        | 資 格 喪 失 年 月 日 |
|                                        | 香 川 花 子         | 昭和 41年 10月 30日 | 妻                         | 年 月 日                | 令和 2年 8月 1日   |
|                                        | 香 川 由 美         | 平成 3年 2月 12日   | 子                         | 年 月 日                | 令和 2年 8月 1日   |
|                                        | 香 川 雄 二         | 平成 6年 10月 8日   | 子                         | 年 月 日                | 令和 2年 8月 1日   |
|                                        |                 | 年 月 日          |                           | 年 月 日                | 年 月 日         |
| 備 考                                    |                 |                |                           |                      |               |

注意

- この連絡票は、資格取得(就職)・喪失(退職)された方が国民健康保険・国民年金の加入手続き等を行うためのものですので、市・区役所または町村役場へ提出してください。
- (2)欄の喪失年月日は、退職の日の翌日になります。
- 被扶養者のみが異動された場合でも、(1)~(4)欄のすべてを記入してください。
- 被扶養者のみが取得(喪失)された場合には、備考欄に扶養認定(扶養認定解除)の旨も記入してください。
- 届出の際は、この連絡票、本人確認できるもの(運転免許証等)、印鑑、年金手帳をご持参のうえ、提出してください。