届出はお住まいの市町村です

こ の 連 絡 票 は 国 民 健 康 保 険 の 窓 口 へ

|  |  |
| --- | --- |
| **健 康 保 険** | **資格等取得・喪失連絡票** |
| **厚生年金保険** |

□下記の者は、健康保険等の被保険者の資格を喪失したことを連絡します。

|  |
| --- |
| □認定 |
| □認定を抹消 |

　　　□下記の者は、健康保険等の被扶養者としてされたことを連絡します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（該当□欄にチェック印をつけてください）

年　　　月　　　日 　　　　　　 所在地

 事業所名

 代表者　　　　　　　　　　　　　　印

 TEL

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被 保 険 者 氏 名住　　所　　A |  | (　　　年　 月　 日)男・女 |
| 〒 | TEL(　　　　　　　　　　) |
| 健康保険・厚生年金保険資格取得又は資格喪失年月日（退職年月日）　　　　　B | 取得　 　　　年　　　月　　　日  | 健康保険の被保険者証等記号・番号保険者番号及び保険者名　Ｃ |  |
| 喪失　 　　　年　　　月　　　日 (退職　 　　　年　　　月　　　日) |
| 年金手帳の基礎年金番号D |  |
| 被 扶 養 者 Ｅ | 氏　　名 | 生 年 月 日 | 性別 | 被扶養者として認定又は認定を抹消された日 | 退職以外の時の抹消理由 | 年金手帳の基礎年金番号 |
| 配偶者 | 昭・平令・西 | 年 月 日 | 男・女 | 認定　平成抹消　令和 | 年 　 月 　日 |  |  |
|  | 昭・平令・西 | 年 月 日 | 男・女 | 認定　平成抹消　令和 | 年 　 月 　日 |  |  |
|  | 昭・平令・西 | 年 月 日 | 男・女 | 認定　平成抹消　令和 | 年 　 月 　日 |  |  |
|  | 昭・平令・西 | 年 月 日 | 男・女 | 認定　平成抹消　令和 | 年 　 月 　日 |  |  |

（記載上の注意）

1. Ｂ欄の喪失年月日は退職年月日の翌日となります。
2. Ｅ欄の被扶養者欄は、被扶養者として認定又は認定を抹消された場合に必ず記入してください。

本人の資格喪失の際に、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、Ｃ、Ｄ、Ｅ欄は記入してください。

1. 退職以外の理由の時の抹消理由も必ず記入してください。（例　収入が被扶養者認定基準を上回ったため）

〈記入例〉

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被 保 険 者 氏 名住　　所　　A | 国　民　太　郎 | (昭37年１ 月１ 日)男・女 |
| 〒540-0005　大阪市中央区上町1-1-1 | TEL(○○○―○○○○)　　　　　　　　　　 |
| 健康保険・厚生年金保険資格取得又は資格喪失年月日（退職年月日）　　　　　B | 取得　　　　年　　　月　　　日 | 健康保険の被保険者証等記号・番号保険者番号及び保険者名　Ｃ | 東いろは１4145大手前 |
| 喪失　　令和元年５月１日(退職　　平成31年４月30日) |
| 年金手帳の基礎年金番号D |  |
| 被扶養者 | 氏　　名 | 生 年 月 日 | 性別 | 被扶養者として認定又は認定を抹消された日 | 退職以外の時の抹消理由 | 年金手帳の基礎年金番号 |
| 配偶者国民　花子 | 昭・平令・西 | 40年5 月1 日 | 男・女 | 認定　平成抹消　令和 | 元年5 月1日 |  |  |