

～ 国民年金・国民健康保険の手続きの際お持ちください ～

健康保険 資格等取得・喪失連絡票
厚生年金保険

令和 年 月 日

事業所所在地

事業所名

事業主

電話番号

1・下記の者は、

健康保険の資格を 令和 年 月 日 取得 喪失 したことを連絡します。

【退職日 令和 年 月 日】

2・下記の者は、

健康保険の被扶養者として 令和 年 月 日 認定 認定を抹消 されたことを連絡します。

(※該当欄に「レ」をしてください。)

被保険者氏名	【 昭・平・令 年 月 日生】 【男・女】				
(住所) A	栃木県下都賀郡壬生町				
健康保険 記号番号 B	記 号	番 号	年金手帳の 基礎年金番号 C	—	
被 扶 養 者 D	氏名	生年月日・性別		続柄	備考
		昭・平・令 年 月 日生 男・女			
		昭・平・令 年 月 日生 男・女			
		昭・平・令 年 月 日生 男・女			
		昭・平・令 年 月 日生 男・女			
		昭・平・令 年 月 日生 男・女			

(記載にあたってのお願い)

- ① 本枠内のA・B・Cは、必ず記入してください。
- ② 「1」の「喪失」のときの年月日は、退職日の翌日を記入してください。
- ③ 「被扶養者」の欄は、被扶養者として認定又は認定を抹消した場合に記入してください。
また本人の資格取得・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。

※この連絡票は、役場 住民課 又は各出張所へ提出してください。

※提出の際には、顔写真付きの身分証明書(マイナンバーカード、運転免許証等)をお持ちください。