

国民健康保険・国民年金の手続きの際市区町村窓口にご持参ください。

## 健康保険・厚生年金に係る資格取得・喪失等連絡票

令和 年 月 日

下記の者は、令和 年 月 日に健康保険・厚生年金の被保険者資格を( 取得 喪失 )したことを連絡します。

下記の者は、令和 年 月 日に健康保険等の被扶養者として( 認定 認定を抹消 )したことを連絡します。

(該当欄に☑をしてください)

事業者 所在地

名称

代表者

印

電話

担当

( - - )

記

A 被保険者氏名 住所	(氏名)		(生年月日) 昭平 年 月 日 令		(性別)	
	(住所)					
B 被保険者の 記号・番号等	記号	番号	保険者番号	保険者名	取得年月日	
					平 年 月 日 令	
C 年金手帳の基礎年金番号						
D 被用者年金加入期間	(1)20年以上 (2)40歳以上10年以上 (3)その他					
E 被扶養者情報	氏名	生年月日	性別	続柄	被扶養者決定日	退職以外のとき 取得喪失理由
		大昭 平令 年 月 日			平 令 年 月 日	認定 取消
		大昭 平令 年 月 日			平 令 年 月 日	認定 取消
		大昭 平令 年 月 日			平 令 年 月 日	認定 取消
		大昭 平令 年 月 日			平 令 年 月 日	認定 取消
		大昭 平令 年 月 日			平 令 年 月 日	認定 取消

(記載上の注意)

- 喪失年月日は、退職年月日の翌日となります。
- E欄の被扶養者情報は、被扶養者となる方の認定または現在被扶養者となっている方の抹消があった場合に記入願います。
- 本人の資格取得または資格喪失の場合でも、被扶養者がいる場合はE欄を必ず記入してください。  
なお、被扶養者のみの異動があった場合でも、A、B、C、D、E欄は必ず記入してください。
- 退職以外の理由のときの資格取得喪失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)