

【従業員の方が退職される際に、国民健康保険・国民年金の手続き用として御本人に交付してください。】

健康保険・厚生年金保険 資格等取得(喪失) 連絡票

※ 該当する□に✓を付けてください。

- ☐ 下記の者は、健康保険・厚生年金保険の被保険者資格を□取得（□喪失）したことを連絡します。
- ☐ 下記の者は、健康保険の被扶養者として□認定（□認定抹消）されたことを連絡します。

年 月 日

事業所 所在地

名 称

代表者 印

Tel 担当者

被 保 険 者	氏 名		生年月日	昭・平・令 年 月 日	性 別	
	住 所					
	健康・厚生年金保険の被保険者の 資 格 取 得 （ 喪 失 ） 年 月 日	取得 年 月 日	喪失 年 月 日 (退職 年 月 日)			
	健康保険の保険者番号・保険者名					
	健康保険被保険者の記号・番号					
	年 金 手 帳 の 基 礎 年 金 番 号					
被 扶 養 者	氏 名	生 年 月 日	続柄	被扶養者の認定（認定抹消）年月日	被保険者退職以外の抹消理由	
		昭・平・令 年 月 日		認定 抹消 年 月 日		
		昭・平・令 年 月 日		認定 抹消 年 月 日		
		昭・平・令 年 月 日		認定 抹消 年 月 日		
		昭・平・令 年 月 日		認定 抹消 年 月 日		
		昭・平・令 年 月 日		認定 抹消 年 月 日		

〔記入上の注意〕

- 1 被保険者の欄の『資格喪失年月日』は、『退職年月日』の翌日を記入してください。
- 2 被保険者資格の取得（喪失）があったとき、被扶養者がある場合は被扶養者の欄も記入してください。
- 3 被扶養者のみの認定（認定抹消）があったときも、被保険者の欄は必ず記入してください。
- 4 被扶養者の欄の『被保険者退職以外の抹消理由』は、該当する場合に記入してください。
(例：被扶養者認定基準を上回る収入、被扶養者の就職 など)