健康保険・厚生年金保険被保険者等資格取得(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 / ☐ 被扶養者資格を ☐ 喪失 したことを連絡します。

平成　　年　　月　　日

事業所
所在地
名　称
代表者　　㊞
ＴＥＬ（　　ー　　）

Ⓐ 被保険者氏名		昭・平　年　月　日生	男 女
住　所			
Ⓑ 健康保険・厚生年金保険資格取得（喪失）年月日	取得　平成　年　月　日	Ⓒ 被保険者の保険情報 保険者名 保険者番号 記号　　番号	
	喪失　平成　年　月　日 （退職　平成　年　月　日）		
	Ⓓ 基礎年金の記号番号	ー	

	氏　名	生　年　月　日	性別	続柄
被扶養者		昭・平　年　月　日生		
		昭・平　年　月　日生		
		昭・平　年　月　日生		
		昭・平　年　月　日生		
		昭・平　年　月　日生		

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、市役所・町役場へ提出して下さい。
2. Ⓑ 欄の喪失年月日は、退職の日の翌日になります。
3. Ⓒ ～ Ⓓ 欄は、必ず記入して下さい。