

健康保険・厚生年金保険被保険者等資格取得(喪失)連絡票

☐ 被保険者資格を ☐ 取得
 下記の者は、健康保険等の したことを連絡します。
☐ 被扶養者資格を ☐ 喪失

年 月 日

所在地 _____

事業所 名称 _____

代表者 _____ 印

TEL ()

Ⓐ 被 保 険 者 氏 名 住 所		年 月 日 生	男 女
Ⓑ 健 康 保 険 ・ 厚 生 年 金 保 険 資 格 取 得 (喪 失) 年 月 日	取 得 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 年 月 日 (退 職 年 月 日)		
	Ⓓ 基 礎 年 金 番 号		

	氏 名	生 年 月 日	続柄	資 格 取 得 (喪 失) 日
被 扶 養 者		年 月 日 生		年 月 日
		年 月 日 生		年 月 日
		年 月 日 生		年 月 日
		年 月 日 生		年 月 日
		年 月 日 生		年 月 日
		年 月 日 生		年 月 日

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. **Ⓐ** ～ **Ⓓ** 欄は、必ず記入して下さい。