

市役所、町村役場 国民健康保険担当課 提出用

健康保険 厚生年金保険 資格等取得(喪失)連絡票

- 下記の者は、健康保険等の被保険者の資格を 取得 喪失 したことを連絡します。
 下記の者は、健康保険等の被扶養者として 認定 認定を抹消 されたことを連絡します。

年 月 日

所在地 _____
 名称 _____
 事業所 代表者 _____ (印)
 TEL(_____ 担当者 _____)

被保険者氏名 (住所) A	(年 月 日)				男 女	
健康保険・厚生年金保険 資格取得又は資格喪失 年月日(退職年月日) B	(取得)	年 月 日	健康保険の被保険者 証の記号・番号 C			
	(喪失)	年 月 日	基礎年金番号			
	(退職)	年 月 日	D			
被 扶 養 者 E	氏 名	生 年 月 日	性別	続柄	被扶養者として認定又 は認定を末梢された日	退職以外のときの 末梢理由
		年 月 日			年 月 日	
		年 月 日			年 月 日	
		年 月 日			年 月 日	
		年 月 日			年 月 日	

(記載上の注意)

1. B欄の喪失年月日は、退職年月日の翌日となります。
2. (1) E欄の被扶養者欄は、被扶養者として認定又は認定を抹消された場合に記入してください。
 本人の資格取得又は資格喪失の際に、被扶養者がある場合も記入してください。
 なお、被扶養者の異動だけの場合は、B欄を除くA、C、D、E欄に記入してください。
- (2) 退職以外の理由のときの認定抹消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)

この連絡票を受け取られた方は、お住まいの市役所や町村役場で国民健康保険の手
 続を行う場合に提出してください。また、分からないことがありましたら、社会保険事務所
 ではなく、お住まいの市役所や町村役場の国民健康保険担当課へお問い合わせください。
 与論町役場 健康長寿課 国民健康保険係 (電話 0997-97-4992)