

※印鑑をお持ちの上、市役所・町村役場の保険年金担当部署に提出してください。

健康保險・厚生年金保險資格取得(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

□ 認定されたことを連絡します。
□ 不該当となった
(□は該当欄に必ず✓をしてください。)

年 月 日

所在地

事業所 名 称

代表者

印

TEL (— — 担当者)

A																						
被保険者氏名								生年月日				年 月 日		男 ・ 女								
住 所								電話番号														
資格取得年月日								取得日 年 月 日				C 健康保険の記号・番号										
B 資格喪失年月日								喪失日 （退職日） 年 月 日				D 厚生年金の記号・番号										
E 健康保険の保険者名								1. 全国健康保健協会 高知支部 2. 他()														
F 被扶養者	氏 名							生 年 月 日				性別	続柄	被扶養者となった日			被扶養者として認定又は不該当となった日			退職以外の理由		
								年 月 日				男・ 女		年 月 日			年 月 日					
								年 月 日				男・ 女		年 月 日			年 月 日					
								年 月 日				男・ 女		年 月 日			年 月 日					
								年 月 日				男・ 女		年 月 日			年 月 日					
								年 月 日				男・ 女		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. C欄は必ず数字で記入してください。(数字以外を用いた旧被保険者記号番号は不可)
3. (1) F欄の被扶養者欄は、被扶養者として認定または認定を抹消された場合に記入してください。
本人の資格取得または喪失の際に、被扶養者がある場合も必ず記入してください。
なお、被扶養者の異動だけの場合でもA、C、D、E、F欄は必ず記入してください。
- (2) 退職以外の理由の時の喪失理由も必ず記入してください。
(例：収入が被扶養者の認定基準を上回ったため)