

国民年金・国民健康保険の手続きの際にご持参ください

健康保険 資格等取得・喪失連絡票

厚生年金保険

1. 下記の者は、健康保険・厚生年金保険の資格を令和 年 月 日 取得 喪失 したことを連絡します。

2. 下記の者は、健康保険の被扶養者として令和 年 月 日 認定 認定を抹消 されたことを連絡します。

(該当欄に「✓」をしてください。)

令和 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

事業主

印

電話番号

()

担当者

記

被保険者	氏名	[昭・平 年 月 日生] [男・女]			
	住所				
健康保険組合等の名称及び番号	保険者名称:				
	保険者番号:				
健康保険の記号番号	～	年金手帳の基礎年金番号	—		
被扶養者	氏名	生年月日	性別	続柄	備考
		昭・平・令 年 月 日	男・女		
		昭・平・令 年 月 日	男・女		
		昭・平・令 年 月 日	男・女		
		昭・平・令 年 月 日	男・女		
		昭・平・令 年 月 日	男・女		

※処理欄

窓口受付担当者

退職日

令和

年

月

日

電話等確認日