

【従業員の方が退職される際に、国民健康保険・国民年金の手続き用としてご本人に交付してください。】

## 健康保険・厚生年金保険 資格等取得(喪失) 連絡票

※ 該当する口に✓を付けてください。

- 下記の者は、健康保険・厚生年金保険の被保険者資格を取得 (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。

令和 年 月 日

事業所	所在地
名称	
代表者	印
TEL	担当者

被 保 険 者	氏名	生年月日	昭・平 令	年 月 日	性別	男・女	
	住所						
資格取得(喪失)年月日	取得	年 月 日	喪失	年 月 日			
			(退職)	年 月 日			
健康保険被保険者証の記号・番号・保険者番号							
年金手帳の基礎年金番号							
被 扶 養 者	氏名	生年月日	続柄	被扶養者の認定(認定抹消)年月日		被保険者退職以外の抹消理由	
		昭・平 令	年 月 日		認定	年 月 日	
					抹消	年 月 日	
		昭・平 令	年 月 日		認定	年 月 日	
					抹消	年 月 日	
		昭・平 令	年 月 日		認定	年 月 日	
				抹消	年 月 日		
	昭・平 令	年 月 日		認定	年 月 日		
				抹消	年 月 日		

[記入上の注意]

- 被保険者の欄の『資格喪失年月日』は、『退職年月日』の翌日を記入してください。
- 被保険者資格の取得(喪失)があったとき、被扶養者がある場合は被扶養者の欄も記入してください。
- 被扶養者のみの認定(認定抹消)があったときは、被保険者の欄も記入してください。  
なお、被扶養者の欄の『被扶養者の認定(認定抹消)年月日』は、年金事務所から送付される『健康保険被扶養者(異動)届副』に基づき記入してください。
- 被扶養者の欄の『被保険者退職以外の抹消理由』は、該当する場合に記入してください。  
(例: 被扶養者認定基準を上回る収入、被扶養者の就職 など)