【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御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□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　　㊞

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　平成・令和　　年　　月　　日 | | 喪失　平成・令和　　年　　月　　日<br>(退職　平成・令和　　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 | | | － | | |

| | 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| 被扶養者 | | 昭・平・令　　年　　月　　日 | | 認定・抹消　平・令　　年　　月　　日 | |
| | | 昭・平・令　　年　　月　　日 | | 認定・抹消　平・令　　年　　月　　日 | |
| | | 昭・平・令　　年　　月　　日 | | 認定・抹消　平・令　　年　　月　　日 | |
| | | 昭・平・令　　年　　月　　日 | | 認定・抹消　平・令　　年　　月　　日 | |
| | | 昭・平・令　　年　　月　　日 | | 認定・抹消　平・令　　年　　月　　日 | |

〔記入上の注意〕

1．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。

2．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。

3．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、健康保険組合から送付される『健康保険被扶養者（異動）届 副 』に基づき記入してください。

4．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）