健康保険・厚生年金保険被保険者資格等喪失連絡票

次の該当欄に✔を記入してください。

□ 下記の者は、健康保険等の被保険者の資格を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を抹消されたことを連絡します。

令和 年 月 日

　　　　　　　　　　　　所在地

事業所 名 称 印

代表者

☎ － －

担当者

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被 保 険 者 氏 名（ 住 所 ） Ａ | | 氏名 (昭和・平成 年 月 日生) | | | | | | | 男・女 |
| 住所 | | | | | | | |
| 健康保険・厚生年金保険資 格 喪 失 年 月 日  （ 退 職 年 月 日） Ｂ | | 喪失 令和 年 月 日  (退職 令和 年 月 日) | | | 健康保険被保険者証の 記 号 ・ 番 号 Ｃ | |  | | |
| 被扶養者Ｄ | 氏 名 | 生 年 月 日 | 性別 | 続柄 | | 被扶養者として認定を 抹 消 さ れ た 日 | | 退職以外のときの  喪 失 理 由 | |
|  | 昭・平・令 年 月 日 | 男・女 |  | | 令和 年 月 日 | |  | |
|  | 昭・平・令 年 月 日 | 男・女 |  | | 令和 年 月 日 | |  | |
|  | 昭・平・令 年 月 日 | 男・女 |  | | 令和 年 月 日 | |  | |
|  | 昭・平・令 年 月 日 | 男・女 |  | | 令和 年 月 日 | |  | |
|  | 昭・平・令 年 月 日 | 男・女 |  | | 令和 年 月 日 | |  | |

(記入上の注意)

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） Ｄ欄の被扶養者欄は、認定を抹消された場合に記入してください。

本人の資格喪失の際に、同一世帯者がいる場合は、Ｄ欄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欄は必ず記入してください。

（２） 退職以外の理由の時は、「退職以外のときの喪失理由」は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 等）

# 健康保険・厚生年金保険被保険者資格を喪失された方へ

資格喪失されますと、国民健康保険及び国民年金の届出が必要です。忘れずに、14日以内にお住まいの市役所（町村役場）へ届出してください。

届出の際必要なもの ・本連絡票

・印 鑑(朱肉を必要とする認印)

・年金手帳