

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)

- B欄の喪失年月日は、退職年月日の翌日となります。
- (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