健康保険・厚生年金保険資格等 取得（喪失）連絡票

該当欄にを記入してください。

* 取 得
* 喪 失

　□下記の者は、健康保険等の被保険者の資格を したことを連絡します。

* 認 定
* 抹 消

　□下記の者は、健康保険等の被扶養者として されたことを連絡します。

令和　　年　　月　　日 所在地

事業所　名　称

代表者　　 　　　　　　　　　　　　印

🕿　　　　　 － 　　　　 －

担当者

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名  ・住　　所　**A** | | （昭・平　　 年　　 月　　 日生） | | | | | | | | 男 ・ 女 |
|  | | | | | | | | |
| 健康保険・厚生年金保険等資格取得又は喪失年月日  （退職年月日）　**B** | | 取得　　　　年　　月　　日 | | | 健康保険の記号・番号 **C** | | |  | | |
| 保険者の名称・番号 | | | 名称 | | |
| 喪失　　　年　　月　　日  (退職　　　　年　　月　 日) | | |
| 番号 | | |
| 被扶養者　**D** | 氏　　　　名 | 生　　年　　月　　日 | | 性別 | | 続柄  認定日 　　 年 月 日  抹消日 　　 年 月 日 | 被扶養者として認定  又は抹消された日 | | 退職以外のときの  抹消理由 | |
|  | 昭  平 令 | 年　　　月　　　日 | 男・女 | | 認定日 　　 年 月 日  抹消日 　　 年 月 日 |  | |  | |
|  | 昭  平 令 | 年　　　月　　　日 | 男・女 | | 認定日 　　 年 月 日  抹消日 　　 年 月 日 |  | |  | |
|  | 昭  平 令 | 年　　　月　　　日 | 男・女 | | 認定日 　　 年 月 日  抹消日 　　 年 月 日 |  | |  | |
|  | 昭  平 令 | 年　　　月　　　日 | 男・女 | |  |  | |  | |

(記入上の注意)

1.この連絡票は事業所の健康保険担当者が記入し、訂正箇所には必ず訂正印を押印してください。

2.**Ｂ**欄の喪失年月日は、退職年月日の翌日となります。

3.（1）**Ｄ**欄は本人が資格喪失の際に被扶養者がいる場合、または被扶養者が認定を抹消された場合に記入してください。被扶養者の異動だけの場合でも、**Ａ**、**Ｃ**、**Ｄ**欄は必ず記入してください。

　（2）被扶養者の喪失理由が本人の退職以外の場合は、「退職以外のときの喪失理由」に必ずご記入ください。（例：収入が被扶養者認定基準を上回ったため等）

健康保険・厚生年金保険等被保険者資格を喪失された方へ

　資格喪失した場合、他に加入する保険がないときは、国民健康保険及び国民年金の加入手続きが必要です。

１４日以内の届出が必要ですので、市役所国保年金課、または各地域庁舎市民福祉課へ届出ください。

　〔届出の際に必要なもの〕

**①本連絡票（原則必要です。）**②基礎年金番号がわかるもの（60歳未満の方）

③届出に来る方の顔写真付きの公的身分証（運転免許証など）

④世帯主と国民健康保険に加入する方のマイナンバーカード（または通知カード）

鶴岡市国保年金課　R6.12