

# 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。

- 下記の者は、健康保険等の被保険者の資格を  取得  喪失 したことを連絡します。
- 下記の者は、健康保険等の被扶養者として  認定  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 \_\_\_\_\_

代表者 \_\_\_\_\_ 印

☎ \_\_\_\_\_  
担当者

被保険者氏名 ・住所 <b>A</b>	(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>B</b>	取得 年 月 日	健康保険被保険者証の記号・番号 <b>C</b>	名称			
	喪失 (退職 年 月 日)	保険者の名称・番号	番号			
<b>D</b> 被扶養者	氏名	生 年 月 日	性別	続柄	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 年 月 日	男・女		認定日 年 月 日 抹消日 年 月 日	
		昭 平 年 月 日	男・女		認定日 年 月 日 抹消日 年 月 日	
		昭 平 年 月 日	男・女		認定日 年 月 日 抹消日 年 月 日	

(記入上の注意)

- 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。
- 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。  
1.4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 基礎年金番号のわかるもの (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)