

# 健康保険・厚生年金保険資格取得（喪失）連絡票

被保険者資格を  
 下記の者は、健康保険等の（取得・喪失）したことを連絡します。  
 被扶養者資格を

（該当のものに○印をしてください）

年 月 日

所在地 \_\_\_\_\_

事業所名称 \_\_\_\_\_

代表者 \_\_\_\_\_ 印

Tel ( \_\_\_\_\_ )

① 被保険者氏名 住 所						男・女
個人番号	年 月 日生					
② 健康保険・厚生年金 保険資格取得（喪失） 年月日	取得 年 月 日	③ 健康保険 被保険者証 記号・番号				
	喪失 (退職 年 月 日)	④ 基礎年金番号				
被扶養者	氏 名	生 年 月 日	性別	続柄	認 定 ・ 喪 失 年 月 日	
		年 月 日			年 月 日	
	個人番号					
		年 月 日			年 月 日	
	個人番号					
		年 月 日			年 月 日	
	個人番号					
		年 月 日			年 月 日	
	個人番号					
		年 月 日			年 月 日	
	個人番号					

**注意**

1. この資格取得（就職）・喪失（退職）された方が国民健康保険・国民年金の加入手続き等を行うためのものですので、町役場へ提出してください。
2. ②欄の喪失年月日は、退職日の翌日になります。
3. ③～④欄は必ず記入してください。