

この連絡票は国民健康保険に加入するために必要な書類です。**事業所でご記入後、被保険者へお渡しください。**国民健康保険の加入手続きは、住所地の市区町村です。

健康保険 厚生年金保険 資格喪失連絡票

下記の者は、厚生年金保険・健康保険等の被保険者の資格を喪失したこと、もしく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。

年 月 日 千

所 在 地

事 業 所 名

代 表 者

T E L

記

事業所名はゴム印をご使用ください。

手書き、印刷の場合は押印願います。

A 被保険者	氏 名	(年 月 日生) 男・女				
	住 所	〒				
B 健康保険・厚生年金保険 資格取得又は資格喪失年 月日	取得 喪失 (退職	年 年 年	月 月 月	日 日 日)	C 健康保険の 記号・番号 保険者番号 保 険 者 名	
D 披 扶 養 者	氏 名	生年月日	性別	続柄	被扶養者としての 認定を抹消された日	退職以外の時の抹消理由
	配偶者					

(記載上の注意)

1. B 欄の喪失年月日は、退職の場合は退職年月日の翌日、後期高齢者医療保険加入の場合は加入日となります。
2. C 欄の保険者名は、〇〇健康保険組合、協会けんぽ▲▲支部等をご記入ください。
3. D 欄の被扶養者欄は、被扶養者として認定を抹消された者がいる場合必ず記入してください。被保険者の資格喪失の際に、被扶養者がいる場合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, D 欄は記入してください。退職以外の理由の時の抹消理由も必ず記入してください。

(例 収入が被扶養者基準を上回ったため、被保険者が後期高齢者医療保険に加入したため)

役場記載欄
☐ 年金へ案内済
☐ 税務へ案内済

この連絡票は国民健康保険に加入するために必要な書類です。事業所でご記入後、被保険者へお渡しください。国民健康保険の加入手続きは、住所地の市区町村です。

記載例

健康保険
厚生年金保険
資格喪失連絡票

下記の者は、厚生年金保険・健康保険等の被保険者の資格を喪失したこと、もしく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6年12月21日

〒824-0892

所在地 福岡県京都郡みやこ町勝山上田960番地

事業所名 みやこ町役場

代表者 みやこ町長 ○○○○

T E L 0930-32-2511

記

みやこ
町之印

事業所名はゴム印をご使用ください。

手書き、印刷の場合は押印願います。

A 被保険者	氏名	京都 豊 (平成5年 2月22日生) 男・女				
	住所	〒824-0800 京都郡みやこ町犀川○○○○番地				
B 健康保険・厚生年金保険 資格取得又は資格喪失年月日	取得 令和3年 4月 1日 喪失 令和6年12月20日 (退職 令和6年12月19日)	C	健康保険の 記号・番号 保険者番号 保険者名	50000040・123 01400019 全国健康保険協会福岡支部		
D 被扶養者	氏名	生年月日	性別	続柄	被扶養者としての 認定を抹消された日	退職以外の時の抹消理由
	配偶者 京都 幸	平成5年3月2日	女	妻	令和6年12月20日	
	京都 一	令和3年5月4日	男	子	令和6年12月20日	
	京都 勝子	昭和30年7月6日	女	母	令和6年12月20日	

(記載上の注意)

- B欄の喪失年月日は、退職の場合は退職年月日の翌日、後期高齢者医療保険加入の場合は加入日となります。
- C欄の保険者名は、〇〇健康保険組合、協会けんぽ▲▲支部等をご記入ください。
- D欄の被扶養者欄は、被扶養者として認定を抹消された者がいる場合必ず記入してください。被保険者の資格喪失の際に、被扶養者がいる場合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、D欄は記入してください。退職以外の理由の時の抹消理由も必ず記入してください。

(例 収入が被扶養者基準を上回ったため、被保険者が後期高齢者医療保険に加入したため)

役場記載欄

□年金へ案内済

□税務へ案内済