

～国民年金・国民健康保険の手続きの際にご持参下さい～

健康保険 資格等 取得・喪失 連絡票

厚生年金保険

平成 年 月 日

事業所所在地
事業所名
事業主 ⑩
電話番号

1. 下記の者は、

健康保険の資格を平成 年 月 日 取得したことを連絡します。
厚生年金保険 喪失

【退職日：平成 年 月 日】

2. 下記の者は、

健康保険の被扶養者として平成 年 月 日 認定されたことを連絡します。
 認定を抹消

(※該当項目に「」をしてください。)

被保険者氏名	(昭和・平成 年 月 日生) (男・女)				
(住所) A					
健康保険 記号番号 B	記 号	番 号	年金手帳の 基礎年金番号 C	—	
被 扶 養 者 D	氏 名	生 年 月 日 ・ 性 別		続 柄	備 考
		昭和・平成 年 月 日生 (男・女)			
		昭和・平成 年 月 日生 (男・女)			
		昭和・平成 年 月 日生 (男・女)			
		昭和・平成 年 月 日生 (男・女)			
		昭和・平成 年 月 日生 (男・女)			
		昭和・平成 年 月 日生 (男・女)			

(ご担当者の方へ～記載にあたってのお願い～)

- ① 太枠内のA・B・Cは必ず記入してください。
- ② 「1」において、「喪失」の場合の年月日は、退職日の翌日を記入してください。
- ③ 「被扶養者D」の欄は、被扶養者として認定又は認定を抹消した場合に記入してください。
また、本人の資格取得・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。

(手続きをされる方へ)

※この連絡票は、川崎町役場住民保険課国保医療係へ提出してください。

※手続きの際には、印鑑・被保険者証・年金手帳(年金受給者は年金証書)・個人番号がわかるものをご持参ください。また、家族の方が国民健康保険に加入している場合は、その方の国民健康保険被保険者証もご持参ください。