

～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

令和 年 月 日

事業所所在地
事業所名
事業主
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・令和 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・平・令 年 月 日生(男・女)			
		昭・平・令 年 月 日生(男・女)			
		昭・平・令 年 月 日生(男・女)			
		昭・平・令 年 月 日生(男・女)			
		昭・平・令 年 月 日生(男・女)			
		昭・平・令 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、川崎町住民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。

～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

記入例 (すべて事業所の方でご記入ください)

令和 年 月 日

事業所所在地 ○○郡△△町大字□□ ○○○番地の○

事業所名 株式会社 □□□□

事業主 代表取締役 ○○○○

印

電話番号 ○○○○-△△-□□□□

1. 下記の者は、
健康保険
厚生年金保険
の資格を 平成 元年 11 月 1 日 取得 喪失 したことを連絡します。
【退職日：平成・令和 年 月 日】

2. 下記の者は、
健康保険の被扶養者として 平成 元年 11 月 1 日 認定 認定を抹消 されたことを連絡します。
(※該当項目に「」をしてください。)

被保険者本人(雇用されている人)についてご記入ください。

被保険者氏名	○○ ○○ (昭和・平成 ○○年 ○月 ○日生) (男・女)			
(住所) A	田川郡川崎町大字□□ △△△番地の△			
健康保険 記号番号 B	記号 00000000	番号 00	年金手帳の 基礎年金番号 C 0000 — 000000	
被扶養者 D	氏名	生年月日・性別	続柄	備考
	△△ △△	昭(平)令 △△年 △月 △日生(男・女)	妻	
	△△ △△	昭(平)令 △△年 △月 △日生(男・女)	子	
	△△ △△	昭(平)令 △△年 △月 △日生(男・女)	子	
		昭・平・令 年 月 日生(男・女)		
		昭・平・令 年 月 日生(男・女)		

被扶養者(雇用されている人のご家族で扶養認定されている方)がいればご記入ください。

- (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、川崎町住民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。