

健康保険 厚生年金保険 資格等 取得・喪失 連絡票

令和 年 月 日

事業所所在地
事業所名
事業主 (印)
電話番号

1. 下記の者は、

健康保険の資格を 令和 年 月 日 取得 喪失 したことを連絡します。

【退職日：令和 年 月 日】

2. 下記の者は、

健康保険の被扶養者として 令和 年 月 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、健康保険の資格情報のお知らせもしくは資格確認書・通帳・印鑑・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。(世帯が別の方は、委任状が必要です。)

～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 厚生年金保険 資格等 **取得**・喪失 連絡票

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

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。

※喪失日は、原則退職日の翌日となりますのでご注意ください。

の資格を 令和 4 年 4 月 1 日 取得
 喪失 したことを連絡します。

【退職日：令和 4 年 3 月 31 日】

2. 下記の者は、

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。

健康保険の被扶養者として 令和 4 年 4 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	○○ ○○ (昭利・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、健康保険の資格情報のお知らせもしくは資格確認書・通帳・印鑑・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。(世帯が別の方は、委任状が必要です。)