

健康保険（共済組合）**取得喪失**連絡票

取得、喪失のどちらかを○で囲んでください。

就 職 者 退 職 者 (被保険者) A	氏 名	(大正 昭和 平成 年 月 日生)			
	住 所				
健康保険(共済組合)等の 資格取得又は喪失年月日 B		取得	年 月 日	健 保 ・ 共 済 の 保 険 証 記 号 番 号 (保険者番号及び保険者名) C	
		喪失	年 月 日		
		退職	年 月 日	基 礎 年 金 番 号 D	
被 扶 養 者 E	氏 名	生 年 月 日	続 柄	被扶養者として認定又 は認定を除外された日	退職以外のときの 喪 失 理 由
		年 月 日		年 月 日	
		年 月 日		年 月 日	
		年 月 日		年 月 日	
<p>上記のとおり相違ありません。</p> <p style="text-align: right;">事業所所在地</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 名 称 ⑩</p> <p style="text-align: center;">電 話 番 号 () -</p>					

お届けはお早めに！（14日以内にお届けください）

記載上の注意

1. B欄の喪失年月日は退職年月日の翌日となります。
2. E欄の被扶養者は、被扶養者として認定・除外された場合に記入してください。
本人の取得または喪失に伴う被扶養者の認定または認定の除外があった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B欄以外はすべて記入してください。また、退職以外のときの喪失理由は必ず記入してください。
(例、収入が被扶養者認定基準を上回ったため等)

●連絡票の用紙が必要な場合は最寄りの市(区)町村・年金事務所へご連絡ください。
(連絡票はコピーでもかまいません。)

●照会先は 国民年金……市(区)町村国民年金担当課又は年金事務所
国民健康保険…市(区)町村国民健康保険担当課又は国民健康保険組合