

健康保険・厚生年金保険資格等取得(喪失)連絡票

記載例

- 下記の者は、健康保険等の被保険者の資格 取得した
 喪失した ことご連絡します。
- 下記の者は、健康保険等の被扶養者として 認定された
 不該当となった ことご連絡します。

令和 元 年 5 月 1 日

所在地 四万十市中村大橋通4丁目10番地

事業所

名称 四万十市役所

代表者 四万十市長 国保 太郎



TEL (0880) 34 — 1803

担当者:〇〇

被保険者の記号・番号	20420046 - 〇〇	保険者名称	全国健康保険協会 高知支部		
厚生年金の記号・番号	1234-567890	保険者番号	01390012		
被保険者氏名	国保 太郎		生年月日	昭和 61 年 2 月 2 日	性別 男
資格取得年月日	平成 年 月 日	資格喪失年月日	平成 元年 5 月 1 日	女	
被扶養者氏名	生年月日	性別	続柄	被扶養者となった日	被扶養者でなくなった日
国保 花子	昭和 2 年 3 月 1 日	男	妻	昭和 年 月 日	昭和 元年 5 月 1 日
	昭和 年 月 日	男		昭和 年 月 日	昭和 年 月 日
	昭和 年 月 日	女		昭和 年 月 日	昭和 年 月 日
	昭和 年 月 日	男		昭和 年 月 日	昭和 年 月 日
	昭和 年 月 日	女		昭和 年 月 日	昭和 年 月 日
	昭和 年 月 日	男		昭和 年 月 日	昭和 年 月 日
	昭和 年 月 日	女		昭和 年 月 日	昭和 年 月 日

※ 喪失年月日は、退職年月日の翌日となります。

※ 保険者名称・保険者番号は必ず記入してください。

※ 被保険者に扶養者がいる場合は、被扶養者欄に氏名・生年月日等の必要事項を記入すること。

※ この連絡票は、会社の証明書です。事業所の方が必ず全て記入してください。被保険者本人が記入したり、書き足したりしないでください。