

～ 国民年金・国民健康保険の手続きの際お持ちください ～

健康保険 厚生年金保険 資格等取得・喪失連絡票

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

【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 ☐ 認定を抹消 されたことを連絡します。

(※該当欄に「レ」をしてください。)

被保険者氏名		【大・昭・平 年 月 日生】 【男・女】				
(住 所) A		栃木県下都賀郡壬生町				
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
			M・T・S・H 年 月 日生 男・女			
			M・T・S・H 年 月 日生 男・女			
			M・T・S・H 年 月 日生 男・女			
			M・T・S・H 年 月 日生 男・女			
			M・T・S・H 年 月 日生 男・女			
		M・T・S・H 年 月 日生 男・女				

(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」の「喪失」のときの年月日は、退職日の翌日を記入してください。
- ③ 「被扶養者」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・資格喪失の際に、被扶養者がある場合も必ず記入してください。

※この連絡票は、役場町民生活課又は各出張所へ提出してください。

※提出の際には、印鑑・年金手帳(65歳未満の年金受給者は年金証書)をお持ちください。