

健康保険・厚生年金保険 資格等取得（喪失）連絡票

下記の者は、健康保険等の被保険者資格を 取得（ 喪失）したことを連絡します。

下記の者は、健康保険の被扶養者として 認定（ 認定抹消）されたことを連絡します。

【該当する□に✓をつけてください】

令和 年 月 日

事業所	所在地
	名称 (印)
	代表者
	電話 担当者

被 保 險 者	氏名	生年月日	昭・平成	年 月 日	性別	男・女	
	住所	下呂市					
	健康保険・厚生年金保険の被保険者資格の取得（喪失（退職））年月日	取得	平成 令和	年 月 日	喪失 （退職）	平成 令和	年 月 日 年 月 日
	健康保険の被保険者証の記号番号						
	年金手帳の基礎年金番号						
被 扶 養 者	氏名	生年月日	続柄	被扶養者の認定、又は認定抹消年月日	被保険者退職以外のときの抹消理由		
		昭・平 令 年 月 日		認定 抹消 年 月 日			
		昭・平 令 年 月 日		認定 抹消 年 月 日			
		昭・平 令 年 月 日		認定 抹消 年 月 日			
		昭・平 令 年 月 日		認定 抹消 年 月 日			
		昭・平 令 年 月 日		認定 抹消 年 月 日			

【該当項目を適宜○で囲んでください】

【記入上の注意】

1. 被保険者の資格異動の際に、被扶養者がある場合は、被扶養者の欄も記入してください。
2. 被扶養者のみの異動の場合でも、被保険者の欄も記入してください。
3. 被扶養者の欄の「被保険者退職以外のときの抹消理由」は該当する理由がある場合に記入してください。
(例：被扶養者認定基準を上回る収入、被保険者の75歳到達 等)

国民健康保険の手続きの際には、下記のものがが必要です。

①来庁者の本人確認書類

…運転免許証等、公的機関が発行した顔写真つきのもの

※顔写真がないものについては2点で確認します。(健康保険証、介護保険証、年金手帳等)

②世帯主の印鑑 (シャチハタ不可)

※認印で可

③世帯主および該当者の「個人番号カード」または「個人番号通知カード」

④【別世帯の方が手続きされる場合】委任状