

# 健康保険・厚生年金保険資格取得（喪失）連絡票

健康保険  取得  
 下記の者は、の被保険者資格を  喪失 したことを連絡します。  
 厚生年金保険

健康保険  になった  
 下記の者は、の被扶養者  でなくなった ことを連絡します。  
 厚生年金保険 (該当欄にレをご記入ください。)

令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

事業所の所在地及び名称

電話番号

代表者名 ㊟

(担当者名 )

被保険者氏名				性別	男・女	
住所		埼玉県				
生年月日		昭和 平成 年 月 日				
保険者の名称				保険者番号		
被保険者証の記号				被保険者証の番号		
健康保険・厚生年金保険資格取得または資格喪失年月日		取得		令和	年	月 日
		喪失(退職)		令和	年	月 日
基礎年金番号		—				
被扶養者	氏名	続柄	生年月日	性別	被扶養者になったとき	
			昭平 年 月 日	男女	被扶養者でなくなったとき	
			昭平 年 月 日	男女	令和	年 月 日
			昭平 年 月 日	男女	令和	年 月 日
			昭平 年 月 日	男女	令和	年 月 日
			昭平 年 月 日	男女	令和	年 月 日
			昭平 年 月 日	男女	令和	年 月 日
			昭平 年 月 日	男女	令和	年 月 日
喪失の理由						
1 被保険者が退職したため						
2 被扶養者に収入があるため (収入額 円)						
3 被保険者と生計維持関係がないため						
4 その他 ( )						

# 健康保険・厚生年金保険資格取得（喪失）連絡票

健康保険  取得  
下記の者は、の被保険者資格を したことを連絡します。  
厚生年金保険  喪失

健康保険  になった  
下記の者は、の被扶養者 ことを連絡します。  
厚生年金保険  でなくなった  
(該当欄にレをご記入ください。)

令和 元年 7月 3日

事業所の所在地及び名称 富士見市大字鶴馬3351番地の2  
〇〇増進センター  
電話番号 049-250-0000  
代表者名 所長 富士見 市郎  
(担当者名 富士見 町男 )

で社  
判が  
必要

印

被保険者氏名	富士見 太郎		性別	男・女							
住所	埼玉県 富士見市大字鶴馬1800番地の1										
生年月日	昭和 平成 60年 2月 20日										
保険者の名称	〇〇〇社会保険事務所		保険者番号	1111							
被保険者証の記号	123		被保険者証の番号	4567							
健康保険・厚生年金保険資格取得または資格喪失年月日	取得		令和 元年 5月 1日								
	喪失(退職)		令和 元年 7月 1日 (令和 元年 6月 30日)								
基礎年金番号	1	2	3	4	—	5	6	7	8	9	0
被扶養者	氏名	続柄	生年月日	性別	被扶養者になったとき						
	富士見 一郎	父	昭和 30年 1月 1日	男	被扶養者でなくなったとき						
					令和 元年 5月 1日	令和 元年 7月 1日	令和 年 月 日				
			昭和 年 月 日	男女	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
			昭和 年 月 日	男女	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
			昭和 年 月 日	男女	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
			昭和 年 月 日	男女	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
		昭和 年 月 日	男女	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
喪失の理由											
① 被保険者が退職したため											
2 被扶養者に収入があるため (収入額 円)											
3 被保険者と生計維持関係がないため											
4 その他 ( )											

資格取得連絡票の場合  
は、被扶養者になったと  
きのみを記入します。

## 健康保険・厚生年金保険資格取得（喪失）連絡票

使いみち	<p>社会保険の脱退又は加入に伴い、富士見市国民健康保険の資格取得届や喪失届を提出する際に添付する証明書として使用する時。この様式は事業所で証明してもらうものです。</p> <p>なお、事業所に様式がある場合はその様式を使用してください。</p>
届出に必要なもの	<p><u>国民健康保険資格取得・資格喪失の届出申請</u> <u>健康保険・厚生年金保険資格取得（喪失）連絡票</u></p> <p>【資格取得届の場合】 健康保険・厚生年金保険資格喪失連絡票として、事業所に証明してもらう必要があります。</p> <p>【資格喪失届の場合】 健康保険・厚生年金保険資格取得連絡票として、事業所に証明してもらう必要があります。</p> <p>記入例は資格喪失連絡票ですので、資格取得連絡票は記入例を参考にして証明を受けてください。</p>
提出できる方	<p>本人または同一世帯の方が届出できます。</p> <p>本人に頼まれて代理人が届出するときは、<u>委任状</u>が必要です。</p>
提出先	市役所 1 階保険年金課または各出張所
手数料	ご自分の事業所でご確認してください。
記入上の注意	
郵送提出の可否	不可
問合せ先	保険年金課健康保険係 049-252-7113（直通）