

☆ 市町村の国民年金または国民健康保険係へ届けるときに提出して下さい。

健康保険
資格喪失等連絡票
厚生年金保険

下記の者は、健康保険等の被保険者の資格を喪失したことを連絡します。

下記の者は、健康保険の被保険者として
令和 年 月 日 認定 認定を削除 されたことを連絡します。

所在地 _____
事業所 名称 _____
代表者 _____ (印)
TEL (_____ 担当者 _____)

記

被保険者氏名				年 月 日生	男・女	
住 所						
健康保険・厚生年金 保険資格喪失年月日 (退職年月日)	喪失	年 月 日	健康保険の記号番号			
	退職	(年 月 日)	基礎年金番号	—		
被 扶 養 者 氏 名	氏 名	生 年 月 日	性別	続柄	被扶養者として認定又は 認定を削除された日	退職以外のと きの喪失理由
		年 月 日	男女		年 月 日	
		年 月 日	男女		年 月 日	
		年 月 日	男女		年 月 日	
		年 月 日	男女		年 月 日	

〈記載上の注意〉

- 健康保険・厚生年金保険資格喪失年月日は、退職年月日の翌日となります。
- 被扶養者欄は、被扶養者として認定、又は、認定を削除された場合に記入して下さい。
また、資格喪失の際に、被扶養者がいる場合も記入して下さい。
収入が認定基準を上回ったとき等、退職以外のときの喪失理由も必ず記入して下さい。
なお、被扶養者の異動のみの場合は、健康保険被扶養者（異動）承認通知書（届出書の
(副)の写しをもって連絡票に代えることができます。
- なお、資格喪失の場合の削除年月日は、喪失年月日となります。