

健康保険・厚生年金保険被保険者資格等喪失連絡票

次の該当欄に✓を記入してください。

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、健康保険等の被扶養者として認定を抹消されたことを連絡します。

令和 年 月 日

所在地	_____
事業所 名称	_____
代表者	_____ 印
☎ 担当者	_____

記

被保険者氏名 (住所) A	(昭・平・令 年 月 日生)					男・女
健康保険・厚生年金保険 資格喪失年月日 (退職年月日) B	喪失 令和 年 月 日 (退職 令和 年 月 日)			保険者名及び 保険者番号		
健康保険被保険者証 の記号・番号C						
被扶養者D	氏名	生年月日	性別	続柄	被扶養者として認定 を抹消された日	退職以外のときの 喪失理由
		昭・平・令 年 月 日	男女		令和 年 月 日	
		昭・平・令 年 月 日	男女		令和 年 月 日	
		昭・平・令 年 月 日	男女		令和 年 月 日	
		昭・平・令 年 月 日	男女		令和 年 月 日	
		昭・平・令 年 月 日	男女		令和 年 月 日	

(記入上の注意)

- この連絡票は事業所の健康保険担当者が記入し、訂正箇所には必ず訂正印を押印してください。
- B欄の喪失年月日は、退職年月日の翌日となります。
- (1) D欄の被扶養者の欄は、認定を抹消された場合に記入してください。
本人の資格喪失の際に、被扶養者がいる場合は、D欄も必ず記入してください。
なお、被扶養者の異動だけの場合でもA、C、D欄は必ず記入してください。
(2) 退職以外の理由の時は、「退職以外のときの喪失理由」は必ず記入してください。
(例：収入が被扶養者認定基準を上回ったため 等)

健康保険・厚生年金保険被保険者資格を喪失された方へ

資格喪失されますと、国民健康保険及び国民年金の届出が必要です。忘れずに、14日以内にお住まいの市町村役場へ届出してください。

届出の際必要なもの

・本連絡票	・印鑑	・年金手帳(60歳未満の方)
・マイナンバーカードまたは通知カード	・本人確認書類	