健康保険・厚生年金保険　資格等取得（喪失）連絡票

栄　村　長　様

（該　する□欄に☑を付けてください。）

□下記の者は、健康保険・厚生年金保険の被保険者の資格を □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 □認定を抹消 されたことを連絡します。

年　　月　　日

【事業所】
所在地
名　称
代表者　　印
☎　　担当者：

被保険者	氏名		生年月日	昭/平/令　年　月　日	性別	男・女
	住所					
	資格取得年月日	資格喪失（退職）年月日		被保険者証記号・番号（保険者番号・保険者名）	厚生年金保険記号・番号	
	昭/平/令　年　月　日	昭/平/令　年　月　日（退職日　年　月　日）		（　　）		

被扶養者	氏　名	生年月日	続　柄	被扶養者として認定又は認定を抹消された日	（退職以外の場合）喪失理由
		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	

（事業所様へ　記入上の注意事項）

1．　健康保険の被保険者の取得・喪失及び被扶養者の異動（認定・認定抹消）の都度、該当する全ての欄を記入してください。

（１）被保険者の取得・喪失の際に被扶養者がある場合は被扶養者欄も必ず記入してください。

（２）被扶養者の異動のみの場合でも、被保険者欄及び被扶養者欄の該当する全ての欄を記入してください。

（３）被扶養者欄について、被保険者の退職以外の喪失（認定抹消）のときは、その理由を記入してください。（例：収入が被扶養者認定基準を上回ったため等）

2．　被扶養者欄の喪失年月日は、退職年月日の翌日となります。

※この連絡票は速やかに作成の上、本人に渡し、栄村役場窓口へ届出するよう指導願います。

【問い合わせ】栄村役場　民生課　住民福祉係　国保資格担当（☎0269-87-3114）