健 康 保 険
厚生年金保険

資格等 取得（喪失）連絡票

※該当する□に　をしてください

□下記の者は、健康保険等の被保険者の資格を　□取得 □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 □認定を抹消　されたことを連絡します。

〇〇年　〇月　〇日

※この連絡票は、必ず事業所が記入してください。

所在地　鹿児島市山下町１１番１号
名　称　株式会社　鹿児島
代表者　代表取締役　　鹿児島　一郎
ＴＥＬ　（　０９９－２２４－１１１１）担当（　鹿児島　）

被保険者《A》	氏名	桜島　太郎	(昭)平　４０年　５月　１日	(男)女	
	住所	鹿児島市谷山中央４丁目４９２７番地			
健康保険・厚生年金保険資格取得または資格喪失年月日（退職年月日）《B》	(取得)	〇〇年　４　月　１　日	健康保険の被保険者証《C》	記号 １２３４５	番号 ６７８
	(喪失)	〇〇年　９　月　１　日		保険者番号 ９０１２３４	
	(退職)	〇〇年　８　月　３１日	基礎年金番号《D》	５６７８－９０１２３４	

被扶養者《E》	氏名	生年月日	性別	続柄	被扶養者として認定または認定を抹消された日	退職以外のときの抹消理由
	桜島　花子	〇〇年6月1日	女	妻	認定　〇〇年　4月　1日 抹消　〇〇年　9月　1日	
		年　月　日			認定　年　月　日 抹消　年　月　日	
		年　月　日			認定　年　月　日 抹消　年　月　日	
		年　月　日			認定　年　月　日 抹消　年　月　日	
		年　月　日			認定　年　月　日 抹消　年　月　日	

(記載上の注意)

１．Ｂ欄の喪失年月日は、退職年月日の翌日となります。

２．Ｅ欄の被扶養者欄は、被扶養者として認定又は認定を抹消された場合に記入してください。
本人の資格取得又は資格喪失の際に、被扶養者がある場合も記入してください。
なお，被扶養者の異動だけの場合は，Ｂ欄を除くＡ，Ｃ，Ｄ，Ｅ欄に記入してください。
退職以外の理由のときの認定抹消理由も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）

３．被保険者の方から申請がありましたら、速やかにお渡しください。

この連絡票を受け取られた方は，お住まいの市役所や町村役場で国民健康保険の手続を行う場合に提出してください。また，分からないことがありましたら，お住まいの市役所や町村役場の国民健康保険担当課へお問い合わせください。