

健康保険  
厚生年金 資格取得（喪失）連絡票

下記の者は、健康保険の ☐ 被保険者 ☐ 取得  
☐ 被扶養者 ☐ 喪失 の資格を したことを連絡します。

令和 年 月

事業所 所在地  
名 称  
代表者 印  
TEL ( - - ) 担当 :

記

健康保険の種類		保険者名			
記号・番号		保険者番号		記号・番号	
基礎年金番号		-			
被 保 険 者	氏 名				
	住 所	ニセコ町字			
	生 年 月 日	昭和 ・ 平成 年 月 日			
	資格取得年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日			
	資格喪失年月日 (退職日の翌日)	平成 ・ 令和 年 月 日			
被 扶 養 者	氏 名	生 年 月 日	続柄	資 格 取 得 日	資 格 喪 失 日
		年 月 日		年 月 日	年 月 日
		年 月 日		年 月 日	年 月 日
		年 月 日		年 月 日	年 月 日
		年 月 日		年 月 日	年 月 日
		年 月 日		年 月 日	年 月 日

【事業所の方へお願い】 この連絡票は、国民健康保険の資格を取得(喪失)するための必要書類ですので、各欄もれなく記載のうえ、ご本人へお渡しください。