

市役所，町村役場 国民健康保険担当課 提出用

健康保険 厚生年金保険

資格等取得(喪失)連絡票

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。
(該当欄に✓をしてください。)

平成 年 月 日

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

被保険者氏名		明大昭平			年 月 日		男女
(住所) A							
健康保険・厚生年金保険		取得年月日		平成 年 月 日			
資格取得又は資格喪失		喪失年月日		平成 年 月 日			
年月日(退職年月日) B				(退職 平成 年 月 日)			
被扶養者	氏名	生年月日	性別	続柄	被扶養者として認定又は認定を抹消された日	退職以外のときの抹消理由	
		明昭 年 月 日 大平			平成 年 月 日		
		明昭 年 月 日 大平			平成 年 月 日		
		明昭 年 月 日 大平			平成 年 月 日		
		明昭 年 月 日 大平			平成 年 月 日		
C		明昭 年 月 日 大平			平成 年 月 日		

(記載上の注意)

- B欄の喪失年月日は，退職年月日の翌日となります。
- (1) C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，A，C欄に記入してください。
- (2) 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など)

お問い合わせ先

志布志市役所 本庁 保健課 国民健康保険係 099-474-1111
志布志支所 福祉課 保健係 099-472-1111
松山支所 総務市民課 保健係 099-487-2111