

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 取得した ことを連絡します。
 喪失した

下記の者は、健康保険等の被扶養者として 認定された ことを連絡します。
 不該当となった

(該当欄に✓印をしてください。)

所在地 _____
 名称 _____
 代表者 _____
 Tel (_____ 担当者 _____)

被保険者	氏名				昭・平 年 月 日生	男・女
	住所				電話番号	
健康保険・厚生年金 保険資格取得又は 資格喪失年月日	取得日 平成・令和 年 月 日				健康保険の 記号・番号	
	喪失日 平成・令和 年 月 日 (退職による喪失の場合は、退職日の翌日)				厚生年金の 記号番号	
	(退職日 平成・令和 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 不該当となった日	退職以外の 時の理由
		昭和 平成 令和 年 月 日	男 女		平成 令和 年 月 日	
		昭和 平成 令和 年 月 日	男 女		平成 令和 年 月 日	
		昭和 平成 令和 年 月 日	男 女		平成 令和 年 月 日	
		昭和 平成 令和 年 月 日	男 女		平成 令和 年 月 日	
		昭和 平成 令和 年 月 日	男 女		平成 令和 年 月 日	

国保の加入手続きに必要なもの

- ① 資格喪失証明
- ② 本人確認できるもの(運転免許証等)
- ③ マイナンバー通知カード
- ④ 委任状(別世帯の方が届出する場合に必要)