

健康保険(共済組合)資格 取得喪失 連絡票

取得、喪失のどちらかを○で囲んでください。

就職者 退職者 (被保険者)	氏名	(昭和 平成 年 月 日生 令和)						
	住所							
健康保険(共済組合)等の 資格取得又は喪失年月日	取得	平成 令和	年	月	日	健保・共済の 保険者記号・番号 (保険者番号及び保険者名)	()	
	喪失	平成 令和	年	月	日			
	退職	平成 令和	年	月	日	基礎年金番号		
被 扶 養 者	氏名	生年月日		続柄	被扶養者として認定又 は認定を除外された日	退職以外のときの 喪失理由		
		明大 昭平令	年	月	日		平成 令和 年 月 日	
		明大 昭平令	年	月	日		平成 令和 年 月 日	
		明大 昭平令	年	月	日		平成 令和 年 月 日	
上記のとおり相違ありません。								
事業所所在地								
令和 年 月 日		名称				印		
電話番号 () -								

お届けはお早めに！(14日以内にお届けください)

記載上の注意

- 被保険者の欄の「喪失年月日」は、「退職年月日」の翌日を記入してください。
- 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は被扶養者の欄も必ず記入してください。
- 被扶養者だけの移動の場合も被保険者の欄は必ず記入してください
- 被扶養者の欄の「退職以外の時の喪失理由」は、被保険者の退職以外の認定末梢理由がある場合に記入してください。(例:収入が被扶養者認定基準を上回ったため。)
- 国民健康保険への加入手続きが遅れると、その間の医療費が全額自己負担となる恐れがあります。