

健康保険資格得喪連絡票

令和 年 月 日

下記の者が、健康保険の被保険者の資格を 取得 喪失 したことを連絡します。

下記の者が、健康保険の被扶養者の認定を 取得 解除 したことを連絡します。

(該当欄にレを記入してください。)

所在地

事業所 名称 印
(又は保険者)
(TEL — — 担当者)

被保険者	氏名				
	生年月日	昭・平・令 年 月 日	性別	男・女	
資格取得年月日	(取得) 平成・令和 年 月 日				
資格喪失年月日	(喪失) 平成・令和 年 月 日 (退職の場合は退職日の翌日)				
退職年月日	(退職) 平成・令和 年 月 日				
保険者番号 名称	番号		保険者 名称		
保険証 記号/番号	記号		番号		
氏名		生年月日	性別	続柄	被扶養者として認定を取得または解除された日
被扶養者		昭・平・令 年 月 日	男・女		平成・令和 年 月 日
		昭・平・令 年 月 日	男・女		平成・令和 年 月 日
		昭・平・令 年 月 日	男・女		平成・令和 年 月 日
		昭・平・令 年 月 日	男・女		平成・令和 年 月 日
		昭・平・令 年 月 日	男・女		平成・令和 年 月 日

<記載上の注意>

- ◎ 証明者(事業所)が必ず全欄記入してください。(証明者以外が記入したものは無効です。)
- ◎ 本人の資格取得または喪失の際に、被扶養者がある場合は必ず記入してください。
- ◎ 修正した場合は、必ず証明者(事業所)の訂正印を押してください。(修正液等は無効です。)

※ 資格喪失年月日は、退職の場合 **退職日の翌日** になります。

★ 国保への手続きは資格加入・喪失後14日以内に

手続きに必要なもの

- 健康保険資格得喪連絡票(この用紙)
- 顔写真付の身分証明書(マイナンバーカード・運転免許証・運転経歴証明書・パスポート等)

※ 国保加入の場合、健康保険の任意継続と保険料を比較のうえ、お手続きください。