

国保・年金共用

健康保険・厚生年金保険 資格（取得・喪失）連絡票

下記の者は、健康保険・厚生年金保険の被保険者資格を 取得 喪失 したことを連絡します。

下記の者は、健康保険の被扶養者として 認定（認定を抹消）したことを連絡します。

〔該当する に レ を付けてください〕

令和 年 月 日

所在地

事業所 名 称

代表者

電 話

印

担当者

被 保 険 者	氏名	生年月日	昭・平・令	年	月	日	性別	男・女			
	住所										
	健康保険・厚生年金の被保険者資格の 取得・喪失（退職）年月日	取得	昭・平・令	年	月	日	喪失	平・令	年	月	日
	健康保険の被保険者証の記号・番号										
	保 険 者 名 ・ 電 話 番 号	電話 ()									
	基 礎 年 金 番 号										
被 扶 養 者	氏 名	生 年 月 日	続 柄	被扶養者の認定（認定抹消）年月日				抹消理由			
		昭平令	年	月	日		認定・抹消	平・令	年	月	日
		昭平令	年	月	日		認定・抹消	平・令	年	月	日
		昭平令	年	月	日		認定・抹消	平・令	年	月	日
		昭平令	年	月	日		認定・抹消	平・令	年	月	日
		昭平令	年	月	日		認定・抹消	平・令	年	月	日

お 願 い

被扶養者がいる場合は、

資格取得用と資格喪失用としてこの連絡票を2枚作成していただくか、

以下の〔記入例〕のように2行使用し、被扶養者の認定年月日や抹消年月日等の記載をお願いします。

ご不明の点は下記までお問い合わせください。

〔記入例〕

	氏名	生年月日	続柄	被扶養者の認定（認定抹消）年月日	抹消理由
被 扶 養 者	世田谷 翼	昭平令 21年 5月 6日	子	認定 抹消 平 令 29年 10月 1日	
		昭平令 年 月 日		認定 抹消 平 令 30年 8月 1日	被保険者の退職
		昭平令 年 月 日		認定・抹消 平・令 年 月 日	
		昭平令 年 月 日		認定・抹消 平・令 年 月 日	
		昭平令 年 月 日		認定・抹消 平・令 年 月 日	

世田谷区 保健福祉政策部 国保・年金課

○国民健康保険に関すること

資格賦課 電話（03）5432－2331

○国民年金に関すること

国民年金係 電話（03）5432－2356