

健康保険（共済組合） 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	(年 月 日生)			
	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	年 月 日	健保・共済の 保険証記号番号 (保険者番号及び保険者名)	()
		喪失 (退職日の翌日)	年 月 日		
		退職	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
		年 月 日		年 月 日	
		年 月 日		年 月 日	
		年 月 日		年 月 日	
		年 月 日		年 月 日	
		年 月 日		年 月 日	
上記のとおり相違ありません。					
		事務所所在地			
年 月 日		名 称		Ⓜ	
		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

- 被扶養者欄は、被扶養者として認定・除外された場合に記入してください。
本人の取得または喪失に伴う被扶養者の認定または認定の除外があった場合も必ず記入してください。
なお、被扶養者の異動だけの場合でも、就職者・退職者欄及び被扶養者欄は記入してください。また、
喪失理由が退職以外のときは、その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 等)

照会先

愛西市役所 保険年金課 国民健康保険係 または 国民年金係 電話 0567-55-7119