

健康保険資格喪失連絡票

令和 年 月 日

- 下記の者は、健康保険の被保険者の資格を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の 認定・認定が解除 され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	
住 所					
資格喪失年月日	(喪失) 令和 年 月 日 (退職の場合は退職日の翌日)				
退職年月日	(退職) 令和 年 月 日				
保険者番号 名称	番 号		名 称		
保険証記号 番号	記 号		番 号		
名		生 年 月 日	性 別	続 柄	被扶養者として認定が解除された日
被 扶 養 者		昭 平 令 年 月 日	男・女		令和 年 月 日
		昭 平 令 年 月 日	男・女		令和 年 月 日
		昭 平 令 年 月 日	男・女		令和 年 月 日
		昭 平 令 年 月 日	男・女		令和 年 月 日
		昭 平 令 年 月 日	男・女		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。
◎ 訂正した場合は、必ず証明者(事業所)の訂正印を押してください。
(二重線のみ・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。

★ 手続きは資格喪失後14日以内に

加入の手続きに必要なもの(持参していただくもの)

- 健康保険資格喪失連絡票
- 印鑑(シャチハタ以外)
- 年金証書(国民年金以外の公的年金を受給している方)