

健康保険・共済組合等資格取得（喪失）連絡票

（佐倉市役所国民健康保険担当課提出用）

被保険者 A	氏名 (生年月日)	(年 月 日生)				男
	住所					女
健康保険等の資格 取得又は喪失、退職 年月日 B	取得	年 月 日	健康 保険 等 C	記号・番号	記号 番号	
	喪失	年 月 日		保険者番号		
	退職	年 月 日		保険者名	全国健康保険協会 支部	
基礎年金番号 D		健康保険組合				
		共済組合				
		国民健康保険組合				
		(その他)				
被扶養者 E	氏名	生年月日	性別	続柄	被扶養者として認定又は認定を抹消された日	退職以外の時の喪失理由
		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	
<p>上記の者は、健康保険等の（被保険者・被扶養者）の資格を（取得・喪失）したことを連絡します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">事業主</p> <p>所在地 _____</p> <p>名称 _____</p> <p>代表者 _____ (印)</p> <p>(TEL - - 担当者)</p>						

記載上の注意

- B欄の喪失年月日は、退職年月日の翌日となります。
- (1) E欄の被扶養者欄は、被扶養者として認定又は、認定を抹消された場合に記入してください。
本人の資格取得又は資格喪失の際に、被扶養者がいる場合は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、A、C、E欄は必ず記入してください。
- (2) 退職以外の時の資格喪失理由欄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)

※国民健康保険の届け出は14日以内に行うことになっています。