

健康保険・厚生年金保険被保険者資格等(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の資格を(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)されたことを連絡します。

令和 年 月 日

所在地
事務所名称
代表者

(TEL 担当者)

⑩

被 保 険 者	住 所	倶知安町				
	氏 名		生年月日	昭・平・令 年 月 日	性別	
	年金手帳の基礎年金番号					
	健康保険	記号・番号				
		保険者番号		保険者名称		任意継続 有・無
健康保険・厚生年金保険の被保険者の資格取得(喪失〔退職〕)年月日	取得 令和 年 月 日			喪失 令和 年 月 日 〔退職 令和 年 月 日〕		
被 扶 養 者	氏 名	続柄	生年月日	被扶養者として、認定又は認定を抹消された日		被保険者退職以外のときの抹消理由
			大・昭・平・令 年 月 日	認定・抹消	令和 年 月 日	
			大・昭・平・令 年 月 日	認定・抹消	令和 年 月 日	
			大・昭・平・令 年 月 日	認定・抹消	令和 年 月 日	
			大・昭・平・令 年 月 日	認定・抹消	令和 年 月 日	
			大・昭・平・令 年 月 日	認定・抹消	令和 年 月 日	

記載上の注意

1. 『(取得・喪失)』は、該当するものを○で囲ってください。
2. 本人の資格取得または資格喪失の際に、被扶養者がある場合は被扶養者の欄も必ず記入してください。
3. 被扶養者だけの移動の場合も被保険者の欄は必ず記入してください。
4. 被扶養者の欄の「被保険者退職以外のときの抹消理由」は、被保険者の退職以外の認定抹消理由がある場合に記入してください。(例：被扶養者認定基準を上回る収入 被扶養者の就職)

※この連絡票を受け取られた方は、倶知安町役場で国民健康保険の手続きを行う場合に提出してください。

お問い合わせ先：〒044-0001 北海道虻田郡倶知安町北1条東3丁目

倶知安町役場 福祉医療課 国保医療係 電話番号 0136-56-8006