

**健康保険・厚生年金保険被保険者資格等取得（喪失）連絡票（離職証明書）**

下記の者は、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。

平成 年 月 日

事業所 所在地 \_\_\_\_\_

名 称 \_\_\_\_\_

代表者 \_\_\_\_\_ 印

( \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ )  
( 担当者 : \_\_\_\_\_ )

**鯖江市長 殿**

記

被 保 険 者 氏 名 ( 住 所 ) A		( 明・大・昭 年 月 日 )			男 ・ 女
健康保険・厚生年金保険 資格取得（喪失）年月日  ( 退 職 年 月 日 ) B		取得 平成 年 月 日 喪失 平成 年 月 日  ( 退職 平成 年 月 日 )	健康保険の被保険者証の 記 号 ・ 番 号 C  保 険 者 番 号		
被 扶 養 者 欄  D	氏 名	生 年 月 日	異動 区分	被扶養者の資格を 取得（喪失）した日	資格喪失理由
		明・昭 年 月 日 大・平	取 得 喪 失	平成 年 月 日	
		明・昭 年 月 日 大・平	取 得 喪 失	平成 年 月 日	
		明・昭 年 月 日 大・平	取 得 喪 失	平成 年 月 日	
		明・昭 年 月 日 大・平	取 得 喪 失	平成 年 月 日	
		明・昭 年 月 日 大・平	取 得 喪 失	平成 年 月 日	

**( 記入上の注意 )**

- 1 B欄の喪失年月日は、退職した日の翌日となります。
- 2 ( 1 ) D欄の被扶養者欄は、資格を取得または喪失した場合に記入してください。  
被保険者本人が資格を取得または喪失した場合に、被扶養者がいる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、A、C、D欄は必ず記入してください。
- ( 2 ) 喪失した理由が退職以外の場合、資格喪失理由も必ず記入してください。  
( 例 収入が被扶養者の認定基準を上回ったため )

**( 届け出に必要なもの )**

- 1 印かん
- 2 年金手帳（年齢が60歳未満の場合）
- 3 年金証書（年金を受給している場合） 厚生年金等加入期間の記載してあるもの