

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。

年 月 日

事業所 所在地

名 称

代表者 ㊟

(Tel. — —)

(担当者：)

鯖江市長 殿

記

被 保 険 者 氏 名		(昭・平 年 月 日)		男 ・ 女	
(住 所) A					
健康保険・厚生年金保険		取得 年 月 日	健康保険の被保険者等		
資格取得（喪失）年月日		喪失 年 月 日	記 号 ・ 番 号 C		
(退 職 年 月 日) B		(退職 年 月 日)	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
		昭・平 年 月 日 令	取 得 喪 失	年 月 日	
		昭・平 年 月 日 令	取 得 喪 失	年 月 日	
		昭・平 年 月 日 令	取 得 喪 失	年 月 日	
		昭・平 年 月 日 令	取 得 喪 失	年 月 日	
		昭・平 年 月 日 令	取 得 喪 失	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)

本人確認書類（運転免許証、マイナンバーカード 等）