

## 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）したことと連絡します。

年 月 日

事業所 所在地 \_\_\_\_\_  
 名 称 \_\_\_\_\_  
 代表者 \_\_\_\_\_ (印)  
 (TEL \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_)  
 (担当者 : \_\_\_\_\_)

鯖江市長 殿

記

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