

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 (住 所) A	(大・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 (退職年月日) B	取得 年 月 日 喪失 年 月 日 (退職 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
	大・昭 平・令	年 月 日	取 得 喪 失	年 月 日	
	大・昭 平・令	年 月 日	取 得 喪 失	年 月 日	
	大・昭 平・令	年 月 日	取 得 喪 失	年 月 日	
	大・昭 平・令	年 月 日	取 得 喪 失	年 月 日	
	大・昭 平・令	年 月 日	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)

- 1 認印
- 2 本人確認書類（運転免許証、マイナンバーカード 等）