

健康保険 ・ 厚生年金保険 加入・喪失連絡票

事業所の方へ・・・この連絡票の記載をお願いいたします。

被保険者 (組合員)	住所	横須賀市		
	氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日
健康保険	資格取得年月日	平成・令和	年 月 日	
	資格喪失年月日 (退職日)	平成・令和	年 月 日	資格喪失日は退職日の翌日です。
保険者名称	全国健康保険協会 支部 ・ その他() 健康保険組合 ・ 共済組合 ・ 国民健康保険組合			
保険証記号番号		基礎年金番号		
被扶養者名	生年月日	続柄	(加入) 被扶養者として 認定された日	(喪失) 被扶養者としての認定を 除外された日
	昭・平・令 . .		平・令 . .	平・令 . .
	昭・平・令 . .		平・令 . .	平・令 . .
	昭・平・令 . .		平・令 . .	平・令 . .
	昭・平・令 . .		平・令 . .	平・令 . .
	昭・平・令 . .		平・令 . .	平・令 . .

喪失だけの場合は、資格取得年月日及び被扶養者として認定された日を記載する必要はありません。

上記のとおり相違ないことを証明いたします。

令和 年 月 日

事業所等所在地

名称

代表者氏名

電話 () -

社会保険等の加入・脱退から、14日以内に市役所窓口サービス課もしくは行政センターに届け出をしてください。

持ち物

- 1 国民健康保険に加入する場合
健康保険喪失連絡票
届け出に来られる方の身分証明書(運転免許証、パスポートなど)
- 2 国民健康保険を脱退する場合
健康保険加入連絡票または、加入した健康保険者証(全員分)
国民健康保険被保険者証