熊谷市長　宛

記入例

健　康　保　険
厚 生 年 金 保 険　資格等喪失（取得）連絡票

健康保険の資格状況について、下記のとおり連絡します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

事業所所在地　**熊谷市宮町〇丁目〇〇番地**

事業所名　称　**株式会社　〇〇**　　会社印 ㊞

事業所代表者　**熊谷　花子**

TEL（ **〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇** ）担当者（ **〇〇** ）

記

A 健康保険	保険者名	**全国健康保険協会　埼玉支部**		保険者番号	**０１１１００１４**
	記号	**５５５５５５５５**		番号	**２２２２２**
被保険者 B	氏名	**籠原　太郎**		生年月日	**〇〇** 年 **〇** 月 **〇** 日
	住所	**熊谷市宮町〇丁目〇番地**			
C	被保険者資格取得日	**〇〇** 年 **〇** 月 **〇** 日		被保険者資格喪失日	**〇〇** 年 **〇** 月 **〇** 日
	基礎年金番号	**〇〇〇〇－〇〇〇〇〇〇**			

D 被扶養者	氏名	生年月日	続柄	資格取得（扶養認定）日	資格喪失（扶養削除）日
配偶者	**籠原　花美**	**〇〇**年 **〇**月 **〇**日	**妻**	**〇〇**年 **〇**月 **〇**日	**〇〇**年 **〇**月 **〇**日
		（配偶者の基礎年金番号 **〇〇〇〇－〇〇〇〇〇〇** ）			
	籠原　三郎	**〇〇**年 **〇**月 **〇**日	**子**	**〇〇**年 **〇**月 **〇**日	**〇〇**年 **〇**月 **〇**日
		年　月　日			
		年　月　日			
		年　月　日			

資格喪失理由

① 被保険者が退職したため
2 被扶養者の収入超過
3 被保険者と生計維持関係がないため
4 被保険者が後期高齢者医療制度に加入
5 雇用契約の変更等により被保険者の
6 その他（

・D欄は該当者がいる場合に御記入ください。

・被扶養者のみ異動の場合は、A・B・D欄を必ず御記入ください。

・会社印（登記印、社判等）の押印をお願いします。押印省略の場合は「公印省略」と御記入ください。

・会社で別の資格喪失証明書の様式を御利用されている場合はそちらを御利用ください。

・市役所窓口での手続きの際には、①マイナンバーカードまたは顔写真付きの本人確認書類、②年金手帳または基礎年金番号通知書を御持参ください。