

# 健康保険（共済組合）取得・喪失連絡票

取得、喪失のどちらかを○で囲んでください。

就 職 者 退 職 者 (被保険者) A	氏名	( 昭和 平成 令和 年 月 日生 )			
	住所				
健康保険（共済組合）等の 資格取得又は喪失年月日 B		取得	令和 年 月 日	健保・共済の 保険証記号番号 (保険者番号及び保険者名) C	( )
		喪失	令和 年 月 日		
		退職	令和 年 月 日	基礎年金番号 D	
被 扶 養 者  E	氏 名	生 年 月 日	続 柄	被扶養者として認定又 は認定を除外された日	退職以外のとき の 喪 失 理 由
		昭 平 令 年 月 日		令和 年 月 日	
		昭 平 令 年 月 日		令和 年 月 日	
		昭 平 令 年 月 日		令和 年 月 日	
		昭 平 令 年 月 日		令和 年 月 日	
上記のとおり相違ありません。  <div style="text-align: center;">事務所所在地</div> 令和 年 月 日 名 称 電 話 番 号 ( ) -					

お届けはお早めに！（14日以内にお届けください。）

## 記載上の注意

1. B欄の喪失年月日は退職年月日の翌日となります。
2. Eの扶養者欄は、被扶養者として認定・除外された場合に記入してください。  
 本人の取得又は喪失に伴う被扶養者の認定又は認定の除外があった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B欄以外は全て記入してください。また、退職以外のときの喪失理由は必ず記入してください。  
 （例、収入が被扶養者認定基準を上回ったため等）

担当 弥富市健康福祉部保険年金課国保グループ  
 電話 0567-65-1111  
 内線 123  
 〒 498-8501  
 住所 弥富市前ヶ須町南本田335番地