

南関町長 あて

年 月 日

保険者または事業所

名称

⑩

所在地

電話番号

担当者

1、下記の者は、健康保険・厚生年金の被保険者の資格を、年 月 日 取得 喪失 したことを
連絡します。（退職の場合は、退職日の翌日）

2、下記の者は、健康保険・厚生年金の被扶養者の資格を、年 月 日 取得 喪失 したことを
連絡します。

健康保険被保険者証		保険者名		保険者番号					
		記号・番号							
被保険者本人		氏名		性別	男 ・ 女				
				生年月日	年 月 日				
		基礎年金番号							
被 扶 養 者	生年月日		年 月 日	性別	男・女	続柄		異動事由	
	基礎年金番号								
	生年月日		年 月 日	性別	男・女	続柄		異動事由	
	基礎年金番号								
生年月日		年 月 日	性別	男・女	続柄		異動事由		
基礎年金番号									
生年月日		年 月 日	性別	男・女	続柄		異動事由		
基礎年金番号									

(記入にあたってのお願い)

- ・ 1の取得は、今まで国保に加入していた方のみ記入してください。
- ・ 1の喪失は、退職の場合は退職日の翌日を記入してください。
- ・ 被扶養者の欄は、被扶養者として認定または認定抹消された場合に記入してください。