

【 記 載 例 】

(喪失の場合)

健康保険（社会保険・共済組合等）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)	① 氏名	白石 太郎	生年月日	昭和●●年 ●月 ●日	
	住所	白石市大手町1番1号			
健康保険等の 資格取得又は 喪失年月日	② 取得年月日	令和 ●年 ●月 ●日	保険者番号	③ 01040013	
	喪失年月日 (退職日の翌日)	令和 ●年 4月 1日	保険者名	全国健康保険協会 宮城支部	
	退職年月日	令和 ●年 3月31日	記号・番号	01234567・0123	
年金手帳の基礎年金番号		0123-456789			
④ 被扶養者	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	退職以外の時の喪失理由
	白石 花子	昭和●●年 ●月 ●日	妻	令和●年 4月 1日	
		年 月 日		年 月 日	
		年 月 日		年 月 日	
		年 月 日		年 月 日	
上記のとおり相違ないことを証明します。					
令和 ●年 ●月 ●日		⑤ 所在地	○○市○○○○○		
		事業所	名称 (株) △△△△△		
			代表者 ○○ ○○		
			TEL (0224 - ×× - ××××)		
			代表者印 印		

★記入上の留意点

- ①健康保険に入っていた被保険者本人の方のお名前・住所・生年月日を記入してください。
- ②「喪失年月日」は「退職日の翌日」になります。
- ③健康保険の情報は必ず記入してください。
- ④被扶養者がいる場合はあわせて記入が必要です。
- ⑤事業所所在地・名称・代表者・電話番号を記入し、必ず「代表者印」を押してください。

※国民健康保険の加入・喪失の手続きは、14日以内にお住まいの市区町村の窓口
でお願いします。