

# 健康保険・厚生年金保険被保険者資格等取得（喪失）連絡票

下記の者は、健康保険・厚生年金保険の被保険者資格を取得（喪失）したことを連絡します。

下記の者は、健康保険の被扶養者として認定（認定を抹消）されたことを連絡します。

[該当するに $\checkmark$ を付けてください。]

令和 年 月 日

所在地 \_\_\_\_\_

事業所 名称 \_\_\_\_\_

代表者 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_ 担当者 \_\_\_\_\_

|                  |                                  |                |                |                      |                  |  |
|------------------|----------------------------------|----------------|----------------|----------------------|------------------|--|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 氏名                               |                | 生年月日           | 昭・平・令 年 月 日          | 性別               |  |
|                  | 住所                               |                |                |                      |                  |  |
|                  | 世帯主氏名                            |                |                |                      |                  |  |
|                  | 健康保険・厚生年金保険の被保険者の資格取得（喪失〔退職〕）年月日 | 取得 平成・令和 年 月 日 | 喪失 平成・令和 年 月 日 | 〔退職 平成・令和 年 月 日〕     |                  |  |
|                  | 健康保険の被保険者証の記号・番号                 |                |                |                      |                  |  |
|                  | 年金手帳の基礎年金番号                      |                |                |                      |                  |  |
| 被<br>扶<br>養<br>者 | 氏名                               | 生年月日           | 続柄             | 被扶養者の認定（認定抹消）年月日     | 被保険者退職以外のときの抹消理由 |  |
|                  |                                  | 昭・平<br>令 年 月 日 |                | 認定・抹消<br>平成・令和 年 月 日 |                  |  |
|                  |                                  | 昭・平<br>令 年 月 日 |                | 認定・抹消<br>平成・令和 年 月 日 |                  |  |
|                  |                                  | 昭・平<br>令 年 月 日 |                | 認定・抹消<br>平成・令和 年 月 日 |                  |  |
|                  |                                  | 昭・平<br>令 年 月 日 |                | 認定・抹消<br>平成・令和 年 月 日 |                  |  |
|                  |                                  | 昭・平<br>令 年 月 日 |                | 認定・抹消<br>平成・令和 年 月 日 |                  |  |

[記入上の注意]

- 被保険者の欄の「資格の喪失年月日」は「退職年月日」の翌日を記入してください。
- 被保険者資格の得喪があったとき、被扶養者がいる場合は被扶養者の欄も記入してください。
- 被扶養者のみの認定（認定抹消）があったときは、被保険者の欄も記入してください。  
なお、被扶養者の欄の「被扶養者の認定（認定抹消）年月日」は社会保険事務所から送付される「健康保険被扶養者（異動）確認通知書」に基づき記入してください。
- 被扶養者の欄の「被保険者退職以外のときの抹消理由」は、被保険者の退職以外の認定抹消理由がある場合に記入してください。（例：被扶養者認定基準を上回る収入。被扶養者の就職。）

## 国民健康保険・国民年金の市役所・町村役場への資格届出

|   | こんなとき                                    | 国民健康保険(国保)  | 国民年金(20歳以上60歳未満)  |
|---|--|---|---|
| 従業員                                       | 就職(社保加入)したとき                             | 【国保資格喪失の届出が必要です】<br>・国民健康保険被保険者証<br>・健康保険被保険者証<br>又は 資格等取得(喪失)連絡票 | 【届出は必要ありません】  |
|   | 退職(社保離脱)したとき                             | 【国保資格取得の届出が必要です】<br>・資格等取得(喪失)連絡票                                 | ○2号→1号被保険者になるとき<br>【国民年金種別変更の届出が必要です】<br>・資格等取得(喪失)連絡票  |
| ○2号→3号被保険者になるとき<br>【配偶者の勤務する事業主への届出が必要です】 |  |   |   |
| 従業員の家族                                    | 社保の被扶養者になったとき<br>(国民年金は被扶養配偶者になったとき)     | 【国保資格喪失の届出が必要です】<br>・国民健康保険被保険者証<br>・健康保険被保険者証<br>又は 資格等取得(喪失)連絡票 | 【市町村への届出は必要ありませんが、事業主への届出が必要です】   |
|   | 社保の被扶養者でなくなったとき<br>(国民年金は被扶養配偶者でなくなったとき) | 【国保資格取得の届出が必要です】<br>・資格等取得(喪失)連絡票                                 | ○3号→1号被保険者になるとき<br>【国民年金種別変更の届出が必要です】<br>・資格等取得(喪失)連絡票<br><br>○3号→2号被保険者になるとき<br>【届出は必要ありません】 |

### 〔注1〕国民健康保険の資格取得喪失届出

- ① 退職(健康保険任意継続被保険者になられた方は期間満了時)・就職等により、国民健康保険の資格を取得・喪失する方の属する世帯は、14日以内に住所地の市役所、町村役場への届出が必要です。
- ② 国民健康保険組合加入者については、その組合への届出が必要です。
- ③ 資格の届出が遅れると、国民健康保険料(税)は資格を取得・喪失した時点まで遡って計算されます。また、医療費の全額が自己負担になる場合があります。

### 〔注2〕国民年金の種別変更届出

- ① 国民年金の被保険者の種別  
第1号被保険者(1号)… 農業者、自営業所など2号、3号でない者(20歳以上60歳未満)  
第2号被保険者(2号)… 厚生年金、共済組合加入者  
第3号被保険者(3号)… 厚生年金、共済組合加入者の被扶養配偶者(20歳以上60歳未満)
- ② 退職(健康保険任意継続被保険者になられた方を含む)等により、種別が1号に変更した方(従業員)は、14日以内に住所地の市役所、町村役場への届出が必要です。
- ③ 従業員の家族(被扶養配偶者のみ)の国民年金第3号被保険者への変更は、「被扶養者(異動)届」との複写様式により、事業主を経由して社会保険事務所への届出が必要です。