

国民年金・国民健康保険 異動連絡票

あなたは、次のとおり厚生年金保険・健康保険を取得（喪失）されましたので、深川市役所
市民課医療年金係まで、この連絡票と印鑑（年金手帳・健康保険証）を持参し、国民年金・
国民健康保険の資格の取得（喪失）の手続きをしてください。

※ この手続きは法律により 1 4 日以内に行うことになっています。

厚生年金保険 健康保険 資格(取得・喪失)証明書									
被保険者氏名					性別	男・女	生年月日	昭和 平成	年 月 日
被保険者住所		深川市							
健康保険 被保険者 記号番号		保険者番号		記号		資格取得日		昭和 平成	年 月 日
				番号		退職年月日		令和	年 月 日
基礎年金番号 (厚生年金番号)						資格喪失日 (喪失日は退職日の翌日)		令和	年 月 日
						※ 資格喪失の場合は、取得日、喪失日も記入。			
被 扶 養 者	氏 名		続柄	生年月日		被扶養者になった日又は被扶養者でなくなった日			
				昭和 平成 令和 年 月 日		被扶養者になった日		昭和・平成・令和	年 月 日
						被扶養者でなくなった日		令和	年 月 日
				昭和 平成 令和 年 月 日		被扶養者になった日		昭和・平成・令和	年 月 日
						被扶養者でなくなった日		令和	年 月 日
				昭和 平成 令和 年 月 日		被扶養者になった日		昭和・平成・令和	年 月 日
被扶養者でなくなった日						令和	年 月 日		
			昭和 平成 令和 年 月 日		被扶養者になった日		昭和・平成・令和	年 月 日	
					被扶養者でなくなった日		令和	年 月 日	

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

所 在 地 :
事業所 名 称 :
代表者氏名 :
電 話 番 号 :
担当者氏名 :

