

保 険 ・ 年 金 連 絡 票

あなたが就職・退職された場合（または、あなたの家族が被扶養者として認定された場合、認定取消になった場合）、法律によって国民健康保険および国民年金（20歳以上60歳未満）に加入・脱退することになりますので、14日以内にこの連絡票と印鑑、既にあなたの世帯に国民健康保険加入者がいる場合はその被保険者証、年金手帳を持参して所定の手続きを行って下さい。

ただし、退職日の翌日から他の事業所に勤務して健康保険や厚生年金に再加入する場合はこの手続きの必要はありません。

健康保険 厚生年金 資格取得 資格喪失 証明書

被 保 険 者	住 所	砂川市			
	氏 名		生年 月日	年	月 日
	健康保険	記号		番号	
	厚生年金	記号		番号	
	資格取得 年月日	年	月	日	資格取得・喪失の事由 就職（ 年 月 日） 退職（ 年 月 日） 他（ ）
	資格喪失 年月日	年	月	日	
被 扶 養 者 欄	氏 名	続柄	生 年 月 日	資格取得年月日	資格喪失年月日
			年 月 日	年 月 日	年 月 日
			年 月 日	年 月 日	年 月 日
			年 月 日	年 月 日	年 月 日
			年 月 日	年 月 日	年 月 日
			年 月 日	年 月 日	年 月 日
上記のとおり証明します。					
				年 月 日	
砂 川 市 長 様					
事業所所在地 名 称 代 表 者 名 電 話 番 号					

(注) 資格喪失年月日は退職した翌日で、被保険者証が使用できなくなった日をいいます。