

国民健康保険・国民年金の手続きの際、市区町村窓口にご持参ください

## 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)	氏名		生年月日	年	月	日
	住所	栗原市				
健康保険等の 資格取得又は 喪失 年 月 日	取得年月日	年	月	日	保険者番号	
	喪失年月日 (退職日の翌日)	年	月	日	保険者名	
	退職年月日	年	月	日	保険証記号番号	
年金手帳の基礎年金番号		—				
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	
		年 月 日		年 月 日		
		年 月 日		年 月 日		
		年 月 日		年 月 日		
		年 月 日		年 月 日		
上記のとおり相違ないことを証明します。						
年 月 日		所在地				
		事業所 名称				
		代表者		印		
		TEL (		-	-	) 担当者