

健康保険（共済組合） 取得 喪失 連絡票

被保険者	氏 名			生年月日	年 月 日
	住 所				
健康保険（共済組合）等の 資格取得又は喪失年月日		取得	年 月 日	健保・共済の 保険証記号番号 (保険者番号及び保険者名)	()
		喪失	年 月 日 <small>※退職日の翌日となります。</small>		
		退職	年 月 日	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	退職以外のときの 喪失理由
		. .		年 月 日	
		. .		年 月 日	
		. .		年 月 日	
		. .		年 月 日	
<p>上記のとおり相違ありません。</p> <p style="text-align: right;">事業所所在地</p> <p style="text-align: right;">年 月 日 名 称 ⑩</p> <p style="text-align: right;">電 話 番 号 () -</p>					

14日以内にお届けください。

記載方法がわからない場合は、下記までお問い合わせください。

西尾市役所 保険年金課 国民健康保険担当
電話 (0563) 65-2103