

健康保険・厚生年金保険資格等取得（喪失）連絡票

☐取得
☐下記の者は、健康保険等の被保険者の資格を したことを連絡します。
☐喪失
☐取得
☐下記の者は、健康保険等の被扶養者として されたことを連絡します。
☐認定を抹消
 （該当欄にしを記入して下さい。）

年 月 日

所在地

事業所 名 称

代表者

印

TEL (— — 担当者)

被保険者氏名 (住所) A		氏名			生年月日	明昭 大平 年 月 日	男女 女
		住所			電話番号		
健康保険・厚生年金保険資格取得または喪失年月日 (退職年月日) B		取得 年 月 日	健康保険の被保険者証 記号・番号 (保険者番号・保険者名) C		()		
		喪失 年 月 日					
		(退職 年 月 日)	厚生年金の記号番号 D				
被 扶 養 者 E	氏名	生年月日	性別	続柄	被扶養者として認定又は認定を抹消された日	退職以外のときの喪失理由	
		明昭 大平 年 月 日	男女 女		年 月 日		
		明昭 大平 年 月 日	男女 女		年 月 日		
		明昭 大平 年 月 日	男女 女		年 月 日		
		明昭 大平 年 月 日	男女 女		年 月 日		
		明昭 大平 年 月 日	男女 女		年 月 日		

(注意事項)

- B欄の喪失年月日は、退職年月日の翌日となります。
- (1) E欄の被扶養者欄は、被扶養者として認定または、認定を抹消された場合に記入してください。
本人の資格取得又は資格喪失の際に、被扶養者がある場合も必ず記入してください。
なお、被扶養者の異動だけの場合でも、A、B、C、D、E欄は必ず記入してください。
- (2) 退職以外のときの理由も必ず記入してください。（例 収入が被扶養者認定基準を上回ったため）