

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
 (該当欄にレを記入して下さい。)

年 月 日

所在地 _____
 事業所 名称 _____
 代表者 _____ ④
 TEL (_____ 担当者)

被保険者氏名	氏名		生年 月 日	年 月 日	男女	
住所 A	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	厚生年金の記号番号 D			
	(退職)	年 月 日				
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	退職以外のときの理由
		年 月 日	男女		年 月 日	
		年 月 日	男女		年 月 日	
		年 月 日	男女		年 月 日	
		年 月 日	男女		年 月 日	

(注意事項)

1. B欄の喪失年月日は、退職年月日の翌日となります。
2. (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 収入が認定基準内となったため) (例 被保険者が75歳に到達したため)