

健康保険・厚生年金保険資格取得(喪失)連絡票

□下記の者は、健康保険等の被保険者の資格を
□取得 □喪失 したことを連絡します。

☐ 下記の者は、健康保険の被扶養者として
☐ 認定
☐ 認定を抹消

されたことを連絡します。

(該当欄に✓を付けてください)

年 月 日

所在地

事業所

名称

代表者

印

TEL (— — 担当者)

記

被保険者	氏名		生年月日	昭・平・令	年	月	日	
	住所							
	健康保険・厚生年金保険 資格取得又は資格喪失 年月日（退職年月日）	取得	年	月	日	健康保険の 被保険者証 記号・番号		
		喪失	年	月	日	保険者番号 （保険者名）	（	）
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 認定を抹消された年月日	退職以外のときの 抹消理由
		昭平 令	年	月	日		☐ 認定 ☐ 抹消	年 月 日
		昭平 令	年	月	日		☐ 認定 ☐ 抹消	年 月 日
		昭平 令	年	月	日		☐ 認定 ☐ 抹消	年 月 日
		昭平 令	年	月	日		☐ 認定 ☐ 抹消	年 月 日
		昭平 令	年	月	日		☐ 認定 ☐ 抹消	年 月 日

(認定・抹消は該当に✓を付けてください)

<記載上の注意>

1. 健康保険・厚生年金保険資格喪失年月日は、退職年月日の翌日となります。
2. 被保険者の資格取得・資格喪失の際に、被扶養者がいる場合は被扶養者欄も必ず記入してください。
3. 被扶養者の異動のみの場合でも、被保険者の欄は必ず記入してください。
4. 被扶養者欄の「退職以外の抹消理由」は、該当する場合に入力してください。
(例：収入が被扶養者認定基準を上回ったため、被扶養者が就職したため など)