

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)

〇〇〇〇年 〇月 〇日

	所在地 旭市〇〇〇〇番地
事業所	名称 株式会社 アサヒ
	代表者 旭 太郎 印
	TEL (0479 - 62 - 1212 担当者 旭)

記

被 保 険 者	氏名	旭 一郎		生年月日	昭平令 〇年 〇月 〇日		
	住所	旭市〇〇〇〇番地					
	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	〇〇〇〇年 〇月 〇日		健康保険の 被保険者証 記号・番号	〇〇〇〇-〇〇〇〇	
		喪失	〇〇〇〇年 〇月 〇日		保険者番号 (保険者名)	〇〇〇〇〇〇〇〇 (全国健康保険組合 千葉支部)	
退職		〇〇〇〇年 〇月 〇日		基礎年金番号	〇〇〇〇-〇〇〇〇〇〇		
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	
	旭 一美	昭平令 〇年 〇月 〇日	妻	<input type="checkbox"/> 認定 <input checked="" type="checkbox"/> 抹消 〇年 〇月 〇日			
		昭平令 年 月 日		<input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 抹消 年 月 日			
		昭平令 年 月 日		<input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 抹消 年 月 日			
		昭平令 年 月 日		<input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 抹消 年 月 日			
		昭平令 年 月 日		<input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 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)