

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ください。)

令和 年 月 日

所在地
事業所名称
代表者
TEL (- - 担当者) 印

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						
	(退職)	年	月	日	基礎年金番号 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また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	
		年	月	日	男女		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。本人の資格取得または資格喪失の際に、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)