

健康保険・厚生年金保険 資格等取得・喪失連絡票

該当する□に✓を付けてください。

☐ 下記の者は、健康保険・厚生年金保険の被保険者資格を

☐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
☐認定抹消

されたことを連絡します。

令和 年 月 日

事業所 所在地

名称

代表者

Tel

担当者

⑩

被 保 険 者	氏名				性別	
	住所					
	生年月日	年 月 日				
	保険者の名称			保険者番号		
	被保険者 記号・番号					
	健康保険・厚生年金保険資格取得または資格喪失年月日	取得年月日	平成・令和 年 月 日			
		喪失年月日 (退職年月日)	平成・令和 年 月 日 (平成・令和 年 月 日)			
基礎年金番号						
被 扶 養 者	氏名	生年月日	続柄	被扶養者の認定 (認定抹消) 年月日	被保険者退職以外の ときの抹消理由	
		年 月 日		認定・抹消 平成・令和 年 月 日		
		年 月 日		認定・抹消 平成・令和 年 月 日		
		年 月 日		認定・抹消 平成・令和 年 月 日		
		年 月 日		認定・抹消 平成・令和 年 月 日		
		年 月 日		認定・抹消 平成・令和 年 月 日		

〔記入上の注意〕

- 被保険者の欄の『喪失年月日』は、『退職年月日』の翌日を記入してください。
- 被保険者資格の取得（喪失）があったとき、被扶養者がある場合は被扶養者の欄も記入してください。
- 被扶養者のみの認定（認定抹消）があったときは、被保険者の欄も記入してください。
- 被扶養者の欄の『被保険者退職以外のときの抹消理由』は、該当する場合に記入してください。
(例：被扶養者認定基準を上回る収入、被扶養者の就職など)