

健康保険 厚生年金保険

資格取得・喪失等連絡票

令和 年 月 日

☐ 下記の者は、 年 月 日 健康保険・厚生年金の被保険者の資格を
(喪失年月日は退職年月日の翌日)

☐取得 したことを連絡します。
☐喪失

☐ 下記の者は、 年 月 日 健康保険等の被扶養者として
〔該当欄に☑をして下さい。〕

☐認定 されたことを連絡します。
☐認定を抹消

所在地 _____
事業所 名 称 _____
代表者 _____
担当者 _____
TEL (_____)
記

A 被 保 険 者 氏 名		(氏名) 昭和・平成・令和 年 月 日生				
住 所		(住所)				
B 健康保険等の被保険者 記 号 ・ 番 号 等		記 号	番 号	保険者番号	保険者名 協会・組合 支部	取得年月日
C 年金手帳の基礎年金番号						
D 被 扶 養 者	氏 名	生 年 月 日	続柄	被扶養者として認定又は 認定を抹消された日	退職以外のとき 取得喪失理由	
		昭・平・令 年 月 日		昭・平・令 年 月 日		
		昭・平・令 年 月 日		昭・平・令 年 月 日		
		昭・平・令 年 月 日		昭・平・令 年 月 日		
		昭・平・令 年 月 日		昭・平・令 年 月 日		
		昭・平・令 年 月 日		昭・平・令 年 月 日		

(記入上の注意)

- 喪失年月日は、退職年月日の翌日となります。
- D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下さい。
- 本人の資格取得または資格喪失の場合でも、被扶養者がある場合は、D欄に必ず記入下さい。(日付の記入もお願いします。)なお、被扶養者の異動だけの場合でも、A、B、C、D欄は、必ず記入して下さい。
- 退職以外の理由のときの資格喪失理由も必ず記入して下さい。(例 収入が被扶養者認定基準を上回ったため)
〔事業主一届出被保険者一市区町村窓口〕