

健康保険・厚生年金保険資格等取得（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 したことを連絡します。
 喪失
 下記の者は、健康保険等の被扶養者として 認定 されたことを連絡します。
 認定を抹消 (該当欄に✓を記入して下さい。)

平成 年 月 日

所在地
事業所 名称
代表者
TEL (- -) 担当者: ⑩

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 (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又は 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)

1. B欄の喪失年月日は、退職年月日の翌日となります。
2. (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。
本人の資格取得又は資格喪失の際に、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) 退職以外の理由のときの理由も必ず記入してください。
(例：収入が被扶養者認定基準を上回ったため等)