

記載例

健康保険

資格等取得（喪失）連絡票

厚生年金保険

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、健康保険等の被扶養者として 認定 認定を抹消 されたことを連絡します。

(該当欄に をしてください)

令和〇〇年△月□□日

所在地 **大館市字中城 20 番地**

事業所名 **株式会社インキャッスル**

代表者 **中城 一男**



電話番号 **0000-00-0000** 担当者 **秋田**

記

被保険者氏名 A	大館 太郎			昭平 令 39年 9月16日生	男 女	
住所	大館市字大館150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) B	取得	令和〇〇年△月□□日	健康保険の被保険者証記号番号 (保険者番号及び保険者名) C		1234567-89 012345678	
	喪失 (退職	令和〇〇年△月□□日 (退職	基礎年金番号 D		1111-222222	
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 喪失理由
	大館 花子	昭平 令 42年 2月 8日	女	妻	令和〇〇年 △月□□日	
		昭平 令 年 月 日			年 月 日	
		昭平 令 年 月 日			年 月 日	
		昭平 令 年 月 日			年 月 日	

(記載上の注意)

- B欄の喪失年月日は、退職年月日の翌日になります。
- (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) 退職以外の理由のときの資格喪失理由は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)