

健康保険 資格等取得（喪失）連絡票 厚生年金保険

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

認定

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✓をしてください)

年 月 日

所在地 _____

事業所名 _____

代表者 _____ ⑩

電話番号 _____ 担当者 _____

記

被保険者氏名 A		昭平 令	年	月	日生	男 女
住 所						
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	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	
	喪失 (退職	年	月	日)		
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
		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	
		昭平 令 年 月 日			年 月 日	

(記載上の注意)

1. B欄の喪失年月日は、退職年月日の翌日になります。
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)