

健康保険・厚生年金保険被保険者資格等取得（喪失）連絡票

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（認定を抹消）されたことを連絡します。

[該当するに \checkmark を付けてください。]

平成 年 月 日

所在地 _____

事業所 名称 _____

代表者 _____ 印

TEL _____ 担当者 _____

被 保 険 者	氏名	生年 月日	大・昭・平 年 月 日	性別	
	住所				
	世帯主氏名				
	健康保険・厚生年金保険の被保険者の 資格取得（喪失〔退職〕）年月日	取得 平成 年 月 日	喪失 平成 年 月 日	〔退職 平成 年 月 日〕	
	健康保険の被保険者証の記号・番号				
	年金手帳の基礎年金番号				
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
		明・大 昭・平 年 月 日		認定・抹消 平成 年 月 日	
		明・大 昭・平 年 月 日		認定・抹消 平成 年 月 日	
		明・大 昭・平 年 月 日		認定・抹消 平成 年 月 日	
		明・大 昭・平 年 月 日		認定・抹消 平成 年 月 日	
		明・大 昭・平 年 月 日		認定・抹消 平成 年 月 日	

[記入上の注意]

- 被保険者の欄の「資格の喪失年月日」は「退職年月日」の翌日を記入してください。
- 被保険者資格の得喪があったとき、被扶養者がい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。
なお、被扶養者の欄の「被扶養者の認定（認定抹消）年月日」は社会保険事務所から送付される「健康保険被扶養者（異動）確認通知書」に基づき記入してください。
- 被扶養者の欄の「被保険者退職以外のときの抹消理由」は、被保険者の退職以外の認定抹消理由があ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。）