

健康保険 厚生年金保険

資格等取得・喪失連絡票

[該当する□にレを付けてください。]

下記の者は、健康保険・厚生年金保険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・厚生年金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。

令和 年 月 日

所在地 _____

事業所 名称 _____

代表者 _____

(Tel. _____) 担当

被 保 険 者	氏名				年 月 日生	男女
	住所					
	取得日	年 月 日	記号・番号			
	喪失日 (退職日)	年 月 日	保険者番号・保険者名			
	基礎年金番号					
被 扶 養 者	氏名	生年月日	性別	続柄	認定日・抹消日	被保険者退職以外 のときの抹消理由
		昭・平・令 年 月 日	男女		認定・抹消 年 月 日	
		昭・平・令 年 月 日	男女		認定・抹消 年 月 日	
		昭・平・令 年 月 日	男女		認定・抹消 年 月 日	
		昭・平・令 年 月 日	男女		認定・抹消 年 月 日	
		昭・平・令 年 月 日	男女		認定・抹消 年 月 日	

[該当箇所を適宜○で囲んでください。]

[記入上の注意]

- 被保険者欄の「資格喪失年月日」は「退職年月日」の翌日を記入してください。
- 被保険者資格の取得（喪失）があったとき、被扶養者がある場合は被扶養者欄も記入してください。
- 被扶養者の異動だけの場合も、被保険者欄（太枠）の中は必ず記入してください。
(但し、この場合、被保険者の資格喪失年月日欄は空欄としてください。)
- 被保険者の退職以外の認定抹消理由がある場合には必ず記入してください。
(例：被扶養者認定基準を上回る収入、被扶養者の就職など。)