

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 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 されたことを連絡します。
□ 認定を抹消

(該当する□に✓を付けてください。)

令和 年 月 日

事業所所在地

名称

代表者 (印)

(TEL 担当 者)

記

A 被 保 険 者		氏 名				
		生年月日	昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日		性別	男 ・ 女
B 健康保険・厚生年金保険 資格取得又は資格喪失 年月日（退職月年日）		取得 平成 年 月 日 令和 喪失 平成 年 月 日 令和 (退職 平成・令和 年 月 日)	C 健康保険の被保険者証 記 号 ・ 番 号			
			D 年金手帳の基礎年金番号			
E 被 扶 養 者	氏 名	生年月日	性別	続柄	被扶養者として 認定(抹消)された日	
		昭 平 令 年 月 日			認定 平成 年 月 日 令和	
					抹消 平成 年 月 日 令和	
		昭 平 令 年 月 日			認定 平成 年 月 日 令和	
					抹消 平成 年 月 日 令和	
		昭 平 令 年 月 日			認定 平成 年 月 日 令和	
					抹消 平成 年 月 日 令和	
		昭 平 令 年 月 日			認定 平成 年 月 日 令和	
					抹消 平成 年 月 日 令和	
		昭 平 令 年 月 日			認定 平成 年 月 日 令和	
					抹消 平成 年 月 日 令和	
		昭 平 令 年 月 日			認定 平成 年 月 日 令和	
					抹消 平成 年 月 日 令和	

- (注)
- 1 B欄の資格喪失年月日は、退職年月日の翌日になります。
- 2 E欄の被扶養者は、被扶養者の認定または認定を抹消された場合に記入してください。
本人資格の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。
- 3 退職以外のときの理由も必ず記入してください。(例：収入が認定基準内となったため)
- 4 この連絡票は、国民健康保険・国民年金の手続きの際に、市町村の担当課に提示してください。