

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
☐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 年 月 日

所在地

事業所 名 称

代表者

⑩

電話番号 (ー 担当者)

A 被保険者	(氏名)				昭和・平成 年 月 日生		男・女
	(住所)						
B 健康保険の保険者名 被保険者等記号・番号	保険者名： (保険者番号：)						
	記 号： 番 号：						
C 健康保険・厚生年金保険 資格取得年月日 資格喪失（退職）年月日	取 得： 年 月 日						
	喪 失： 年 月 日 (退職日： 年 月 日)						
D 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又は 認定を抹消された日		退職以外のときの 喪失理由
					認定： 年 月 日 抹消： 年 月 日		
					認定： 年 月 日 抹消： 年 月 日		
					認定： 年 月 日 抹消： 年 月 日		
					認定： 年 月 日 抹消： 年 月 日		

(記載上の注意)

- C 欄の喪失年月日は、退職年月日の翌日となります。
- (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。
本人の資格取得又は資格喪失の際に、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での場合でも 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も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 等