

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~~✓~~を記入してください。)

令和 年 月 日

事業所	所在地
	名 称
	代表者
電 話	(担当者)

記

被 保 険 者 A	氏 名			生 年 月 日	昭和 年 月 日 平成	
	住 所			電 話 番 号		
健 康 保 険 ・ 厚 生 年 金 保 険 B	資格取得日	昭和 年 月 日 平成 令和		健康保険の被保険者証 記号・番号・ 保険者番号・保険者名 C		
	退職年月日	平成・令和 年 月 日				
	資格喪失日（退職日の翌日）	平成・令和 年 月 日		基礎年金番号 D		
被 扶 養 者 E	氏 名	生 年 月 日	続 柄	被 扶 養 者 として 認定(抹消)された日		退職以外の ときの理由
	(男・女)	昭和 平成 年 月 日 令和		認定	平成・令和 年 月 日	
				抹消	平成・令和 年 月 日	
	(男・女)	昭和 平成 年 月 日 令和		認定	平成・令和 年 月 日	
				抹消	平成・令和 年 月 日	
	(男・女)	昭和 平成 年 月 日 令和		認定	平成・令和 年 月 日	
抹消				平成・令和 年 月 日		
(男・女)	昭和 平成 年 月 日 令和		認定	平成・令和 年 月 日		
			抹消	平成・令和 年 月 日		
(男・女)	昭和 平成 年 月 日 令和		認定	平成・令和 年 月 日		
			抹消	平成・令和 年 月 日		

(注意事項)

- (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、被保険者が75歳に到達したため)