

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・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☑を付けてください。)

年 月 日

所在地 _____

事業所 名称 _____

代表者 _____ (印)

☎ - - 担当者

被 保 険 者	氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日	性別	男・女
	住所				
	健康保険・厚生年金保険 資格取得又は喪失年月日	取得 年 月 日 喪失 年 月 日 (退職 年 月 日)	健康保険の被保険者証記号・番号 (保険者番号・保険者名) ()		
被 扶 養 者	氏名	生年月日	続柄	被扶養者として認定又は 認定を抹消された年月日	退職以外のときの 喪失理由
		昭・平・令 . .		認定・抹消 . .	
		昭・平・令 . .		認定・抹消 . .	
		昭・平・令 . .		認定・抹消 . .	
		昭・平・令 . .		認定・抹消 . .	

(元号、性別、認定・抹消は、該当に○を付けてください。)

(記入上の注意)

- 健康保険の被保険者の取得・喪失及び被扶養者の異動（認定・認定抹消）の都度、すべての欄を記入してください。
 - 被保険者の取得・喪失の際に、被扶養者がある場合は被扶養者欄も必ず記入してください。
 - 被扶養者の異動のみの場合でも、被保険者欄及び被扶養者欄のすべてを記入してください。
 - 被扶養者欄について、被保険者の退職以外の喪失（認定抹消）のときは、その理由を記入してください。（例：収入が被扶養者認定基準を上回ったため）
- 被扶養者欄の喪失年月日は、退職年月日の翌日となります。

※この連絡票は速やかに作成のうえ本人に渡し、住所地の市役所・町村役場に14日以内（第3号被保険者該当届は30日以内）に届出するよう指導願います。