

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 され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Vをしてください。)

年 月 日

所在地

事業所

名称

代表者

印

〒 () 担当者

記

| 被保険者氏名 | | 氏名 | | 昭和 平成 令和 | | 年 月 日生 | | 男 女 |
|--|----------------|----------------|----------------------|----------------|--------------------------|--------|-------|--------|
| 住 所 A | | 住 所 | | | | | | |
| 健康保険・厚生年金保険資格取得又は資格喪失年月日 (退職年月日の翌日) B | 取得 | 年 月 日 | 健康保険の被保険者 記号・番号 C | | | | | |
| | 喪失 | 年 月 日 | 厚生年金の記号番号 D | | | | | |
| 被 扶 養 者 E | 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 | | | 備 考 |
| | | 昭和 平成 令和 | 年 月 日 | | | 認定 | 年 月 日 | |
| | | | | | | 抹消 | 年 月 日 | |
| | | 昭和 平成 令和 | 年 月 日 | | | 認定 | 年 月 日 | |
| | | | | | | 抹消 | 年 月 日 | |
| | | 昭和 平成 令和 | 年 月 日 | | | 認定 | 年 月 日 | |
| | | | | | | 抹消 | 年 月 日 | |
| | 昭和 平成 令和 | 年 月 日 | | | 認定 | 年 月 日 | | |
| | | | | | 抹消 | 年 月 日 | | |

(記載上の注意)

- B欄の喪失年月日は、退職年月日の翌日となります。
- 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、必ず記入してください。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。