

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 取得したことを連絡します。
喪失

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

(該当欄にレをしてください。)

平成 年 月 日

所在地
事業所 名称
代表者 (印)
TEL (- 担当者)

記

被 保 険 者 氏 名 (住 所) A		<div style="text-align: right;"> (明 昭 大 年 月 日 生) 男 女 </div>				
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) B		取 得 年 月 日	平成 年 月 日			
		喪 失 年 月 日	平成 年 月 日 (退職 平成 年 月 日)			
被 扶 養 者 C	氏 名	生 年 月 日	性別	続柄	扶養者として認定又 認定を抹消された日	退職以外のときの 喪 失 理 由
		明昭 大平 年 月 日			平成 年 月 日	
		明昭 大平 年 月 日			平成 年 月 日	
		明昭 大平 年 月 日			平成 年 月 日	
		明昭 大平 年 月 日			平成 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。
- (1) C 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の場合でも A , B , C 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)