

健康保険
厚生年金保険

被保険者資格等取得(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 したことを連絡します。
 喪失

下記の者は、健康保険の被扶養者として 認定 されたことを連絡します。
 認定を抹消 (該当□欄に✓を付けてください。)

令和 年 月 日

所在地 _____
事業所 名称 _____
代表者 _____ (印)
電話 — — 担当者

被 保 険 者	氏名	生年月日	大平昭令	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)	()	基礎年金番号
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	
		大平昭令	年月日		認定・抹消 平・令 年月日	
		大平昭令	年月日		認定・抹消 平・令 年月日	
		大平昭令	年月日		認定・抹消 平・令 年月日	
		大平昭令	年月日		認定・抹消 平・令 年月日	
		大平昭令	年月日		認定・抹消 平・令 年月日	

(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、本人に発行してください。
 - 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)
- 被保険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日以内に届出するように指導願います。