

# 健 康 保 険

# 厚 生 年 金 保 険

## 資格取得（喪失）連絡票

※該当する□に✓を記入してください。

- 下記の者は、**健 康 保 険** の被保険者資格を 取得 喪失 したことを連絡します。  
**厚 生 年 金 保 険**
- 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。  
**厚 生 年 金 保 険**

年 月 日

所在地

事業所 名 称

代表者

(印)

TEL ( — — 担当者 )

被 保 險 者 欄	氏名	生年月日		年 月 日			性別	男・女
	住所							
	健康保険・厚生年金保険資格取得または資格喪失年月日	取得日	年 月 日					
		喪失日 (退職日)	(年 月 日)					
	健康保険の被保険者証の記号・番号 保険者番号・保険者名称	記号				番号		
		保険者番号				保険者名称		
基礎年金番号				—				
被 扶 養 者 欄	氏名	生年月日	性別	続柄	被扶養者として認定または認定を抹消された日			退職以外のときの抹消理由
		年 月 日	男・女		認定 抹消	年 月 日 年 月 日		
		年 月 日	男・女		認定 抹消	年 月 日 年 月 日		
		年 月 日	男・女		認定 抹消	年 月 日 年 月 日		
		年 月 日	男・女		認定 抹消	年 月 日 年 月 日		
		年 月 日	男・女		認定 抹消	年 月 日 年 月 日		

### (注意事項)

- 被保険者欄の「資格喪失年月日」は、退職による資格喪失の場合、**退職年月日の翌日**となります。
- 【被扶養者の異動があるとき】**… 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、被保険者欄は必ず記入してください。(資格喪失年月日を除く)
  - 退職以外のときの抹消理由も必ず記入してください。(例: 収入が認定基準を上回ったため)