

健康保険・厚生年金保険 資格等 取得・喪失 連絡票

※該当する□に✓を付けてください。

□ 下記の者は、健康保険・厚生年金保険の被保険者資格を□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（□認定抹消）されたことを連絡します。

令和 年 月 日

事業所 所在地

名 称

代表者

T E L 担当者

被 保 険 者	氏名		生年月日	年 月 日	性別	男・女
	住所					
	資格取得（喪失）年月日 ※1	取得	年 月 日	喪失 (退職	年 月 日 年 月 日)	
	被保険者記号・番号		保険者番号			
	年金手帳の基礎年金番号					
被 扶 養 者 ※2	氏名	生年月日	続柄	被扶養者の認定(認定抹消)年月日	退職以外の 抹消理由 ※3	
		年 月 日		認定・抹消	年 月 日	
		年 月 日		認定・抹消	年 月 日	
		年 月 日		認定・抹消	年 月 日	
		年 月 日		認定・抹消	年 月 日	
		年 月 日		認定・抹消	年 月 日	

〔記入上の注意〕

※1 喪失年月日は、退職年月日の翌日になります。

※2 被扶養者欄は、被扶養者として認定又は、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被保険者欄は必ず記入してください。

※3 退職以外の理由で抹消される場合は、その理由も必ず記入してください。

（例：被扶養者認定基準を上回る収入、被保険者が75歳に到達したため）