

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喪失し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 されたことを連絡します。
 認定を抹消 (該当欄に✓をしてください。)

年 月 日 事業所
 所在地
 名称
 代表者 印
 TEL ー 担当者

記

被保険者氏名 (住所) A	(年 月 日生)				男・女	
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	健康保険の被保険者証 記号・番号 (保険者番号及び保険者名) C				
	喪失 (退職 年 月 日)	基礎年金の記号番号 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設定を抹消された日	退職以外のときの喪失理由

(記載上の注意)

1. B欄の喪失年月日は、退職年月日の翌日となります。
2. (1) 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に記入して下さい。
 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下さい。
 なお、被扶養者の異動だけの場合でもA、B、C、D、E欄は必ず記入して下さい。
- (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下さい。
 (例 収入が被扶養者認定基準を上回ったため)