

健康保険・厚生年金保険資格取得（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。

☐ 喪失したことを連絡します。

☐ 下記の者は、健康保険等の扶養者として

☐ 認定されたことを連絡します。

☐ 不該当となったことを連絡します。

(該当欄に☒をしてください。)

令和 年 月 日

所在地

事業所

名 称

代表者

印

Tel (- - 担当者)

A 被 保 険 者 氏 名				昭 平 令	年 月 日	
住 所				電 話 番 号		
健康保険・厚生年金保険資格 取得又は資格喪失年月日		取 得	昭 平 令	年 月 日	C 健康保険の被保険者 記号・番号	
		B 喪 失	平 令	年 月 日	D 厚生年金の記号・番号	
E 被 扶 養 者	氏 名	生 年 月 日		続 柄	被扶養者となった日	F 被扶養者として認定 又は不該当となった日
		昭 平 令		年 月 日	昭 平 令	年 月 日
		昭 平 令		年 月 日	昭 平 令	年 月 日
		昭 平 令		年 月 日	昭 平 令	年 月 日
		昭 平 令		年 月 日	昭 平 令	年 月 日
		昭 平 令		年 月 日	昭 平 令	年 月 日
						G 退職以外の ときの理由

(記載上の注意)

1. B欄の喪失年月日は、退職年月の翌日となります。

2. E欄の被扶養者欄について

(1) F欄の被扶養者として認定又は不該当となった日欄は、社会保険事務所に提出し、
返送のあった健康保険被扶養者（異動）届の認定印、認定日欄をもとに記入してください。

(2) 本人の資格取得の際に、被扶養者がある場合も上記（1）の要領で必ず記入してください。

(3) 本人の資格喪失の際に、被扶養者がある場合も必ず記入してください。

(4) G欄は、退職以外の時の理由も必ず記入してください。（例：収入が認定基準外となったため）

なお、被扶養者の異動だけの場合でもA. C. D. E. F. G欄は必ず記入してください。