健　康　保　険
厚生年金保険　資格取得(喪失)連絡票

下記のものが，健康保険等の ☐被保険者 ☐被扶養者 の資格を ☐取得したこと ☐喪失したこと を連絡します。
(該当欄に ✔ をしてください。)

令和　　年　　月　　日

事業所の証明

所在地 ----------

名　　称 ----------

代表者　　㊞ ----------

電話番号(　　)担当者(　　)

記

被保険者 A	氏　　名	(昭平令　　年　　月　　日生)			男・女
	住　　所	〒　　－　　電話　(　　)　　－			
健康保険被保険者証 B	記号		番号		
	保険者番号		保険者名		
資格取得年月日 C	平成令和　　年　　月　　日				
資格喪失年月日(退職日の翌日) D	平成令和　　年　　月　　日				
退職年月日 E	平成令和　　年　　月　　日				

被扶養者 F	氏　　名	生年月日	性別	続柄	被扶養者として認定又は認定を抹消された日	退職以外の喪失理由
		昭平令　　年　　月　　日	男女		平令　　年　　月　　日	
		昭平令　　年　　月　　日	男女		平令　　年　　月　　日	
		昭平令　　年　　月　　日	男女		平令　　年　　月　　日	
		昭平令　　年　　月　　日	男女		平令　　年　　月　　日	

記入上の注意

1　D欄の資格喪失年月日は，退職年月日の翌日です。

2　(1)F欄の被扶養者欄は，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，A，B，F欄は必ず記入してください。
(2)F欄の「退職以外の喪失理由」も，必ず記入してください。(例：収入が被扶養者認定基準を上回ったため　等)