

健康保険 厚生年金保険 資格取得(喪失)連絡票

見本

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

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

所在地 岡山県笠岡市中央町○△×

事業所の証明

名称 ○○株式会社

代表者 岡山 笠岡

電話番号 (0865-69-○×△□) 担当者 (○○)

会株○
社費○

記

被 保 険 者 A	氏名	笠岡 太郎 (昭 令 ○×年□×月△×日生) 男				
	住所	〒 714 - 0000 電話 (○×△□) ×△ - ○×△□ 笠岡市笠岡○△□				
健康保険被保険者 B	記号	岡5	番号	1234567		
	保険者番号	330050	保険者名	笠岡市		
資格取得年月日 C	平成 年 月 日					
資格喪失年月日 (退職日の翌日) D	平成 4 年 2 月 1 日					
退職年月日 E	平成 4 年 1 月 31 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
	笠岡 花子	昭 令 ○×年□×月△×日	女	子	平 令 4年 2月 1日	
		昭 令 年 月 日	男女		平 令 年 月 日	
		昭 令 年 月 日	男女		平 令 年 月 日	

記入上の注意

- D欄の資格喪失年月日は、退職年月日の翌日です。
- (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)