

健康保険・厚生年金保険被保険者資格等取得（喪失）連絡票

☐ 下記の者は、健康保険・厚生年金保険の被保険者の資格を□取得（□喪失）したことを証明します。

☐ 下記の者は、健康保険の被扶養者として□認定（□認定を抹消）されたことを証明します。
（該当する□に✓をしてください。）

年 月 日

所在地

事業所名

代表者

TEL（ 担当者： ）

被 保 険 者	氏名		生年 月日	年 月 日	性別	
	住所					
	健康保険・厚生年金保険の 資格取得又は資格喪失年月 日（退職年月日）	取得 年 月 日	喪失 （退職 年 月 日）	年 月 日		
	健康保険の保険者と保険者番号					
	健康保険の被保険者 記号・番号					
	基礎年金番号					

被 扶 養 者	氏 名	生 年 月 日	性 別	被扶養者の認定又は 認定抹消された日	被保険者退職以外の ときの抹消理由
		年 月 日		認定 年 月 日 抹消 年 月 日	
		年 月 日		認定 年 月 日 抹消 年 月 日	
		年 月 日		認定 年 月 日 抹消 年 月 日	
		年 月 日		認定 年 月 日 抹消 年 月 日	

【記載上の注意】

- 1. 被保険者の欄の「資格喪失年月日」は、「退職年月日」の翌日を記入してください。
- 2. 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は、被扶養者欄も必ず記入してください。
- 3. 被扶養者だけの異動の場合も被保険者の欄は必ず記入してください。
（ただし、この場合は被保険者の資格喪失年月日欄は空欄としてください。）
- 4. 退職以外の被扶養者の認定抹消の場合は、必ず抹消理由を記入してください。