

健康保険 資格等取得（喪失）連絡票

厚生年金保険

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 認定を抹消 されたことを連絡します。
 (該当欄に☑をしてください)

記入日 年 月 日

所在地 _____
 事務所 名称 _____
 代表者 _____ (印)
 TEL(_____) 担当者(_____)

記

| | | | | | | | |
|-------------|---|-------------------|-------|----|-------------------------------------|------------------|----|
| 本人 | 【A】 被保険者氏名 | | | | 昭和 平成 令和 | 年 月 日生 | 男女 |
| | 住所 【B】 健康保険・厚生年金保険 資格取得又は資格喪失 年月日 | 取得日 | 年 月 日 | | 【C】 被保険者証の記号・番号 (保険者番号及び保険者名) | | |
| | | 退職日 | 年 月 日 | | | | |
| | | 喪失日 (退職の翌日) | 年 月 日 | | 【D】 基礎年金番号 | | |
| 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 認定を抹消された日 | 退職以外のときの 喪失理由 | |
| | | 昭和・平成・令和 年 月 日 | 男・女 | | 年 月 日 | | |
| | | 昭和・平成・令和 年 月 日 | 男・女 | | 年 月 日 | | |
| | | 昭和・平成・令和 年 月 日 | 男・女 | | 年 月 日 | | |
| | | 昭和・平成・令和 年 月 日 | 男・女 | | 年 月 日 | | |
| | | 昭和・平成・令和 年 月 日 | 男・女 | | 年 月 日 | | |

(記載上の注意)

1. 本連絡票は、必ず事業所の責任者及び担当者が記入してください。
2. B欄の喪失日は、退職日の翌日になります。
3. E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。
4. 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ください。
5. 被扶養者の異動だけの場合でもA, B, C, D欄は必ず記入してください。

以上