

健康保険 資格取得(喪失)連絡票  
 厚生年金保険

下記の者は、厚生年金保険・健康保険等の被保険者資格を

- 取得した  
 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

- になった  
 でなくなった  
 (該当欄に✓をご記入ください)

令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

事業者の所在地及び名称

電話番号  
 代表者名 (印)  
 (担当者名 )

被 保 険 者	被保険者氏名				性別	男・女
	住 所	埼玉県上尾市				
	生 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日				
	保険者の名称			保険者番号		
	被保険者記号		被保険者番号		枝番	
	健康保険・厚生年金保険 資格取得 または 資格喪失年月日			取得	平成・令和 年 月 日	
			喪失 (退職)	平成・令和 年 月 日 (平成・令和 年 月 日) 喪失日は退職日の翌日です。		
被 扶 養 者	氏名	性別	生 年 月 日	続柄	枝番	被扶養者になったとき 被扶養者でなくなったとき
		男・女	昭 平 令 年 月 日			平・令 年 月 日 平・令 年 月 日
		男・女	昭 平 令 年 月 日			平・令 年 月 日 平・令 年 月 日
		男・女	昭 平 令 年 月 日			平・令 年 月 日 平・令 年 月 日
		男・女	昭 平 令 年 月 日			平・令 年 月 日 平・令 年 月 日
		男・女	昭 平 令 年 月 日			平・令 年 月 日 平・令 年 月 日
喪失理由 1 被保険者が退職したため 2 被扶養者に収入があるため (収入額 円) 3 被保険者と生計維持関係がないため 4 被保険者が75歳に到達したため 5 その他 ( )						

(記載上の注意)

- 以下の場合、該当の欄に必ず記入をしてください。  
 ・被扶養者として認定または認定を抹消された場合：被扶養者欄  
 ・本人の資格喪失の際に、被扶養者がある場合：被扶養者欄  
 ・被扶養者だけの異動の場合：被保険者欄  
 ・退職以外の理由で喪失する場合：喪失理由の欄