

## 健康保険・厚生年金保険資格等取得（喪失）連絡票

取得  
 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。

認定  
 下記の者は、健康保険等の被扶養者として  認定を抹消されたことを連絡します。

(該当欄に✓を記入して下さい。)

令和 年 月 日

所在地  
 事業所 名称  
 代表者  
 TEL (            -            -            担当者：            )

被保険者氏名	氏名		生年月日	年 月 日	男女	
住所 A	住所		電話番号			
健康保険・厚生年金 保険資格取得または 喪失年月日(退職 年月日) B	取得	年 月 日	健康保険の被保険者証 記号・番号(保険者番 号・保険者名) C			
	喪失 (退職	年 月 日 )				基礎年金番号 D
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 ときの理由
		年 月 日	男女		年 月 日	
		年 月 日	男女		年 月 日	
		年 月 日	男女		年 月 日	
		年 月 日	男女		年 月 日	

**(注意事項)**

1. B欄の喪失年月日は、退職年月日の翌日となります。
2. (1) E欄の被扶養者欄は、被扶養者として認定または、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。  
 なお、被扶養者の異動だけの場合でも、A、B、C、D、E欄は必ず記入してください。
- (2) 退職以外の理由のときの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)