

# 健康保険 厚生年金保険 資格等取得（喪失）連絡票

下記の者は、健康保険等の被保険者の資格を  取得  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)

令和 年 月 日

所在地 \_\_\_\_\_  
事業所 名称 \_\_\_\_\_  
代表者 \_\_\_\_\_ (印)  
TEL ( \_\_\_\_\_ 担当者 )

A 被保険者氏名 (住所)		昭平 年 月 日			男女	
B 健康保険・厚生年金保険 資格取得又は資格喪失年月日 (退職年月日)	(取得) 平成 年 月 日 令和	C 健康保険の被保険者証の記号・番号				
	(喪失) 平成 年 月 日 令和 (退職 平・令 年 月 日)	D 基礎年金番号				
E 被扶養者	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	退職以外のときの抹消理由
		昭平 年 月 日 令			平成 年 月 日 令和	
		昭平 年 月 日 令			平成 年 月 日 令和	
		昭平 年 月 日 令			平成 年 月 日 令和	
		昭平 年 月 日 令			平成 年 月 日 令和	
		昭平 年 月 日 令			平成 年 月 日 令和	

(記載上の注意)

- B欄の資格喪失年月日は、退職年月日の翌日となります。**
- (1) E欄の被扶養者欄は、被扶養者の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欄に記入してください。  
(2) 退職以外の理由のときの認定抹消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)
- この連絡票は、国民健康保険・国民年金の手続きの際に、市町村の担当課に提示して下さい。