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）したことを連絡します。

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

［ 該当する□にレを付けてください。］

年　　月　　日

所在地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

事 業 所 名　称＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代表者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

℡（　　担当者　　）

被保険者	氏　名		生年月日	年　月　日	性別	
	住　所					
	健康保険・厚生年金保険の被保険者の資格取得（喪失〔退職〕）年月日	取得　年　月　日		喪失　年　月　日〔退職　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の記号・番号					
	基礎年金番号					

被扶養者	氏　名	生　年　月　日	続柄	被扶養者の認定（認定抹消）年月日	被保険者退職以外のときの抹消理由
		年　月　日		認定・抹消　年　月　日	
		年　月　日		認定・抹消　年　月　日	
		年　月　日		認定・抹消　年　月　日	
		年　月　日		認定・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の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。
（但し、この場合、被保険者の資格喪失年月日欄は空欄としてください。）

4．被扶養者の欄の「被保険者退職以外のときの抹消理由」は、被保険者の退職以外の認定抹消理由がある場合に記入してください。（例：被扶養者認定基準を上回る収入。被扶養者の就職。）