

## 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  喪失したことを連絡します。  
  認定されたことを連絡します。  
 認定を抹消

令和 年 月 日

所在地

名称

代表者

印

TEL

(担当者)

記

[A] 被保険者	氏名				昭平	年	月	日生	男・女
	住所								
[B] 健康保険・厚生年金保険資格取得 または資格喪失年月日 (退職年月日)	取得 年月日	喪失 (退職年月日)	[C] 健康保険の被保険者証 記号・番号 保険者名						
[D] 被扶養者	氏名	生年月日	性別	続柄	被扶養者として認定 または抹消された日	退職以外の場合の 喪失理由			
		昭・平・令 年 月 日	男 女		年 月 日				
		昭・平・令 年 月 日	男 女		年 月 日				
		昭・平・令 年 月 日	男 女		年 月 日				
		昭・平・令 年 月 日	男 女		年 月 日				

(記載上の注意)

1. B欄の資格喪失日は、退職年月日の翌日となります。
2. (1) D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。  
 本人の資格取得または資格喪失の際に、被扶養者がある場合に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欄は必ず記入してください。
- (2) 退職以外の理由のときの資格喪失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)