

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・厚生年金保険の被保険者の資格を 取得 したことを連絡します。
 喪失

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

(該当□欄にレを付けて下さい)

年 月 日

所在地.....

事業所 名称.....

代表者..... 印

TEL (..... 担当者)

被 保 険 者	氏 名		生年月日	年 月 日	性別	男・女
	住 所	阿賀野市				
	健康保険・厚生年金保険 被保険者の資格取得又 は喪失年月日	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)	(.)	
		喪失 〔退職	年 月 日 年 月 日〕	基 礎 年 金 番 号		
被 扶 養 者	氏 名	生 年 月 日	続柄	被扶養者として認定又は 認定を抹消された年月日	被保険者退職以外の ときの喪失理由	
		. .		認定・抹消 年 月 日		
		. .		認定・抹消 年 月 日		
		. .		認定・抹消 年 月 日		
		. .		認定・抹消 年 月 日		

(性別、認定・抹消は該当に○を付けてください)

(記載上の注意)

- 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。
- 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下さい。
- 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下さい。
- 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。)