健　康　保　険
厚 生 年 金 保 険　資格等取得（喪失）連絡票

□ 以下の者は、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。

□ 以下の者は、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□欄に✓をつけてください。）

令和　　年　　月　　日

所在地

事業所　名　称

代　表

☎　　－　　－　　担当者

被保険者	氏名		生年月日		性別
			昭・平・令　年　月　日		男 ・ 女
	住所		健康保険の被保険者証記号・番号	記号：	
				番号：	
	健康保険・厚生年金保険資格取得又は喪失年月日	取得　年　月　日	保険者番号（保険者名）	（　　）	
		喪失　年　月　日			
		退職　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	退職以外のときの喪失理由
		昭・平・令　年　月　日		認定・抹消　年　月　日	
		昭・平・令　年　月　日		認定・抹消　年　月　日	
		昭・平・令　年　月　日		認定・抹消　年　月　日	
		昭・平・令　年　月　日		認定・抹消　年　月　日	
		昭・平・令　年　月　日		認定・抹消　年　月　日	

（元号、性別、認定・抹消は該当に○を付けてください。）

（記入上の注意）

1．健康保険の被保険者の取得・喪失及び被扶養者の異動（認定・認定抹消）の都度、すべての欄を記入してください。

（1）被保険者の取得・喪失の際に、被扶養者がある場合は被扶養者欄も必ず記入してください。

（2）被扶養者の異動のみの場合でも被保険者欄及び被扶養者欄のすべてを記入してください。

（3）被扶養者欄について、被保険者の退職以外の喪失（認定抹消）のときは、その理由を記入してください。（例：収入が被扶養者認定基準を上回ったため）

2．被保険者欄の喪失年月日は退職年月日の翌日となります。

※ この連絡票は速やかに作成のうえ本人に渡し、住所地の市役所・町役場に１４日以内（第３号被保険者該当届は３０日以内）に届出するよう指導願います。