健康保険・厚生年金保険被保険者資格等【取得・喪失】連絡票

次の該当欄に✓を記入、【 】の中の該当項目を○で囲んでください。

□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を【取得・抹消】されたことを連絡します。

令和 年 月 日

所在地	_____
事業所 名称	_____
代表者	_____ (印)
☎ 担当者	(_____)

記

被保険者氏名 (住所) A		(年 月 日生)			男・女	
健康保険・厚生年金保険 資格【取得・喪失】年月日 (退職年月日) B	取得 令和 年 月 日 喪失 令和 年 月 日 (退職 令和 年 月 日)	保険者名及び 保険者番号				
健康保険被保険者 の記号・番号C						
被扶養者 D	氏名	生年月日	性別	続柄	被扶養者として認定を 【取得・抹消】した日	退職以外のときの 喪失理由
		年 月 日	男・女		取得 年 月 日 喪失 年 月 日	
		年 月 日	男・女		取得 年 月 日 喪失 年 月 日	
		年 月 日	男・女		取得 年 月 日 喪失 年 月 日	
		年 月 日	男・女		取得 年 月 日 喪失 年 月 日	

(記入上の注意)

- この連絡票は事業所の健康保険担当者が記入し、訂正箇所には必ず訂正印を押印してください。
- B欄の喪失年月日は、退職年月日の翌日となります。
- (1) D欄の被扶養者の欄は、認定を取得・抹消された場合に記入してください。
本人の資格取得・喪失の際に、被扶養者がいる場合は、D欄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、C、D欄は必ず記入してください。
(2) 退職以外の理由の時は、「退職以外のときの喪失理由」を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 等)

健康保険・厚生年金保険被保険者資格を変更された方へ

資格移動があった方は、国民健康保険及び国民年金の届出が必要です。

忘れずに、お住まいの市町村役場へ届出してください。

【資格を取得された方】 速やかにお手続きください。

【資格を喪失された方】 14日以内にお手続きください。