

健康保険・厚生年金保険資格取得（喪失）連絡票

下記の者は、健康保険の被保険者資格を 取得 喪失 したことを連絡します。
 厚生年金保険

下記の者は、健康保険の被扶養者 になった でなくなった ことを連絡します。
 厚生年金保険

(該当欄にレをご記入ください。)

年 月 日

事業所の所在地及び名称

電話番号

代表者名

⑩

(担当者名

)

被保険者氏名											
住 所											
生 年 月 日		年 月 日				性 別		男 ・ 女			
保険者の名称		保 険 者 番 号									
被保険者記号		被 保 険 者 番 号									
健康保険・厚生年金保険資格 取得または資格喪失年月日		取 得				年 月 日					
		喪 失 (退 職)				(年 月 日)					
基 礎 年 金 番 号		-									
被 扶 養 者	氏 名	続柄	生 年 月 日		性 別	被扶養者になったとき					
			年 月 日		男 女	被扶養者でなくなったとき					
			年 月 日		男 女	年 月 日					
			年 月 日		男 女	年 月 日					
			年 月 日		男 女	年 月 日					
			年 月 日		男 女	年 月 日					
			年 月 日		男 女	年 月 日					
			年 月 日		男 女	年 月 日					
喪失の理由											
1 被保険者が退職したため											
2 被扶養者に収入があるため (収入額 円)											
3 被保険者と生計維持関係がないため											
4 その他 ()											