

健康保険・厚生年金資格等取得(喪失)連絡表

下記のものは、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。

下記のものは、健康保険等の被扶養者として ☐ 認定 ☐ 認定を抹消 したことを連絡します。

(該当欄にレをしてください)

令和 年 月 日

事業所	所在地
	名称
	代表者
	電話

被保険者	氏 名		生年月日	年 月 日		
	住 所			性 別	男 ・ 女	
健康保険・厚生年金保険 資格取得又は資格喪失年 月 日		取得	年 月 日	保険者番号		
		喪失	年 月 日	健康保険の被保険者記号・番号		
		退職(	年 月 日)	記号	番号	
被 扶 養 者	氏 名	生 年 月 日	性別	続柄	認定又は抹消年月日	備考
		年 月 日			年 月 日	
		年 月 日			年 月 日	
		年 月 日			年 月 日	
		年 月 日			年 月 日	
		年 月 日			年 月 日	

退職以外での認定抹消の場合その理由(
(例 収入額認定基準外となった)

※注意 喪失年月日は、退職年月日の翌日になります。