

健康保険

資格等取得(喪失)連絡票

厚生年金保険等

下記の者は、健康保険・厚生年金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□欄にレを付けてください。)

年 月 日

所在地  
事業所 名称  
代表者 (印)  
担当者

被 保 險 者	氏名	生年月日		年	月	日	性別	男女
	住所							
	健康保険・厚生年金 保険等資格取得又は 喪失年月日	取得 年月日	健康保険の記号・番号 (保険者番号・保険者名)	( )				
	喪失 (退職 年月日)	基礎年金番号						
被 扶 養 者	氏名	生年月日	性別	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		
		年 月 日	男女		認定 抹消 年月日			
		年 月 日	男女		認定 抹消 年月日			
		年 月 日	男女		認定 抹消 年月日			
		年 月 日	男女		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。)

<記入上の注意>

- 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。
  - 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。
  - 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。
  - 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)
- 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。必ず記入してください。

※届出は市役所へ14日以内にお願ひします