

# 健康保険 厚生年金保険 資格等取得（喪失）連絡票

□下記の者は、健康保険等の被保険者の資格を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 されたことを連絡します。  
認定を抹消

(該当欄に✓をしてください)

令和 年 月 日

所在地 \_\_\_\_\_

事業所 名称 \_\_\_\_\_

代表者 \_\_\_\_\_ 印

Tel ( \_\_\_\_\_ 担当者 )

記

被保険者氏名 (住所) A	昭平 年 月 日生			男女		
	健康保険の被保険者証 記号・番号 (保険者番号及び保険者名) C ( )					
健康保険・厚生年金保険 資格取得又は資格喪失 年月日 (退職年月日) B	取得 年 月 日			厚生年金の記号番号 D		
	喪失 年 月 日 (退職 年 月 日)					
被 扶 養 者 E	氏名	生 年 月 日	性別	続柄	被扶養者として認定又 認定を抹消された日	退職以外のときの 喪失理由
		昭大 平令 年 月 日			年 月 日	
		昭大 平令 年 月 日			年 月 日	
		昭大 平令 年 月 日			年 月 日	
		昭大 平令 年 月 日			年 月 日	
		昭大 平令 年 月 日			年 月 日	

(記載上の注意)

- B欄の喪失年月日は、退職年月日の翌日となります。
- (1) E欄の被扶養者欄は、被扶養者として認定または、認定を抹消された場合に記入してください。  
本人の資格取得又は資格喪失の際に、被扶養者がある場合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、B、C、D、E欄は必ず記入してください。
- (2) 退職以外の理由のときの資格喪失理由も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)