

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
 (*該当する□に✓をご記入ください。)

平成_____年_____月_____日

事業所の所在地及び名称

電話番号

代表者名

(担当者名

印
)

被保険者氏名			性別	男・女			
住所							
生年月日	明治・大正・昭和・平成		年	月	日		
保険者の名称			保険者番号				
被保険者証の記号			被保険者証の番号				
健康保険・厚生年金保険資格 取得または資格喪失年月日	取得日	平成	年	月	日		
	喪失日 (退職日)	平成	年	月	日		
基礎年金番号				-			
被 扶 養 者	氏名	続柄	生年月日	性別	被扶養者になった日		
					被扶養者でなくなった日		
	明昭 大平	年 月 日	男	平成	年	月	日
			女	平成	年	月	日
	明昭 大平	年 月 日	男	平成	年	月	日
			女	平成	年	月	日
	明昭 大平	年 月 日	男	平成	年	月	日
			女	平成	年	月	日
	明昭 大平	年 月 日	男	平成	年	月	日
			女	平成	年	月	日
	明昭 大平	年 月 日	男	平成	年	月	日
			女	平成	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 (_____)