

《記入例》 ※この連絡票は、必ず事業所（勤務先）等で記入押印してください。

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 22年 11月 10日

事業所の所在地及び名称

埼玉県秩父郡横瀬町大字横瀬0000-0

有限会社 ○ ○ ○ ○

電話番号 0494-00-0000

代表者名 横瀬太郎

(担当者名 横瀬花子)

印

被保険者氏名	埼玉一郎			性別	男・女						
住所	埼玉県秩父郡横瀬町大字横瀬 ○○○○番地○										
生年月日	明治・大正・昭和・平成			45年5月23日							
保険者の名称	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 健康保険組合		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 22年 11月 1日 (平成 22年 10月 31日)									
基礎年金番号	0	0	0	0	-	0	0	0	0	0	0
被 扶 養 者	氏名	続柄	生年月日	性別	被扶養者になった日						
	埼玉彩	妻	明昭 大平 54年3月10日	男	平成 年 月 日						
				女	平成 22年 11月 1日						
	埼玉武甲	子	明昭 大平 18年6月21日	男	平成 年 月 日						
				女	平成 22年 11月 1日						
	埼玉美子	子	明昭 大平 20年9月3日	男	平成 年 月 日						
				女	平成 22年 11月 1日						
			明昭 大平 年 月 日	男	平成 年 月 日						
		明昭 大平 年 月 日	女	平成 年 月 日							
		明昭 大平 年 月 日	男	平成 年 月 日							
		明昭 大平 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 ()											