

# 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の資格を取得したことを連絡します。

□下記の者は、健康保険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、健康保険の被扶養者として（□認定／□認定抹消）されたことを連絡します。

（該当欄にレを記入してください。）

令和 年 月 日

事業所

名称

所在地

代表者

連絡先：

担当者

印

被保険者（A）

氏名：

生年月日：（昭・平 年 月 日）

住所：南城市

健康保険資格取得または資格喪失年月日（退職年月日）（B）

取得 平成・令和 年 月 日	健康保険被保険者証 記号・番号
喪失 平成・令和 年 月 日	厚生年金保険 記号・番号
退職 （平成・令和 年 月 日）	

被扶養者の有／無

被扶養者（C）

氏名	生年月日	性別	続柄	認定または認定抹消日	喪失理由
	（昭和・平成・令和） 年 月 日	男 女		（平成・令和） 年 月 日	
	（昭和・平成・令和） 年 月 日	男 女		（平成・令和） 年 月 日	
	（昭和・平成・令和） 年 月 日	男 女		（平成・令和） 年 月 日	
	（昭和・平成・令和） 年 月 日	男 女		（平成・令和） 年 月 日	

（記載上の注意）

- 資格喪失年月日は、退職年月日の翌日となります。
- 被扶養者がいる場合は、被扶養者として認定または、認定抹消された日を記入してください。
- 被扶養者の異動だけの場合も、（A）、（B）、（C）欄は必ず記入してください。