

健康保険・厚生年金保険資格等取得（喪失）連絡表

〈事業所へのお願い〉
この連絡表は国民健康保険の資格を取得するための必要書類ですから、各欄漏れなく記載のうえ本人にお渡しください。

下記の者は、健康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、健康保険等の被扶養者として 取得 認定を抹消 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

証明者 住 所

名 称

代表者

電 話 (- - 担当)

被保険者氏名		昭平 令	年 月 日	男 女		
住所 A		電話番号				
健康保険・厚生年金保険資格取得または喪失年月日(退職年月日 B)	取得 年 月 日	健康保険の被保険者証記号・番号 被保険者番号・保険者名 C				
	喪失 年 月 日 (退職 年 月 日)		厚生年金の記号番号 D			
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は認定を抹消された日	退職以外のときの理由
		昭和 平成 令和	年 月 日	男		年 月 日
		昭和 平成 令和	年 月 日	女		年 月 日
		昭和 平成 令和	年 月 日	男		年 月 日
		昭和 平成 令和	年 月 日	女		年 月 日
		昭和 平成 令和	年 月 日	男		年 月 日

(注意事項)

- 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) 退職以外のときの理由も必ず記入してください。
(例 収入が認定基準外となったため)