

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 取得した ことを連絡します。
 喪失した
- 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。
 不該当となった

令和 年 月 日

所在地

事業所 名称

代表者 (印)

TEL () 担当者:

被保険者の記号・番号		保険者名称			
厚生年金の記号・番号		保険者番号			
被保険者氏名	生年月日	昭和 年 月 日	性別 男 女		
資格取得年月日	平成 年 月 日	平成 年 月 日			
被扶養者氏名	生年月日	性別	続柄	被扶養者となった日	被扶養者でなくなった日
	昭和 年 月 日	男女		昭和 年 月 日	昭和 年 月 日
	昭和 年 月 日	男女		昭和 年 月 日	昭和 年 月 日
	昭和 年 月 日	男女		昭和 年 月 日	昭和 年 月 日
	昭和 年 月 日	男女		昭和 年 月 日	昭和 年 月 日
	昭和 年 月 日	男女		昭和 年 月 日	昭和 年 月 日

- ※ 喪失年月日は、退職年月日の翌日となります。
- ※ 保険者名称・保険者番号は必ず記入してください。
- ※ 被保険者に扶養者がいる場合は、被扶養者欄に氏名・生年月日等の必要事項を記入すること。
- ※ この連絡票は、会社の証明書です。事業所の方が必ず全て記入してください。被保険者本人が記入したり、書き足したりしないでください。