

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
 （該当欄にレをご記入ください。）

令和 _____ 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

⑩

）

被保険者氏名				性別	男・女		
住 所		埼玉県					
生年月日		明治・大正・昭和・平成・令和		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	平成・令和	年	月 日	
			喪失 (退職)	平成・令和 (平成・令和)	年	月 日	
基礎年金番号							
被 扶 養 者	氏 名	続柄	生 年 月 日	性別	被扶養者になったとき		
			年 月 日	男女	被扶養者でなくなったとき		
			年 月 日	男女	平成・令和	年	月 日
			年 月 日	男女	平成・令和	年	月 日
			年 月 日	男女	平成・令和	年	月 日
			年 月 日	男女	平成・令和	年	月 日
			年 月 日	男女	平成・令和	年	月 日
			年 月 日	男女	平成・令和	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 _____ （ _____ ）							