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 / 厚生年金保険 の被保険者資格を □ 取得 / □ 喪失 したことを連絡します。

下記の者は、 健康保険 / 厚生年金保険 の被扶養者 □ になった / □ でなくなった ことを連絡します。

(該当欄に✔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　　)

被保険者氏名		性 別	男 ・ 女
住　　所	埼玉県		
生 年 月 日	昭和　平成　　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	年　月　日
	喪　失 (退　職)	年　月　日 (　年　月　日)
基 礎 年 金 番 号		ー

	氏　名	続柄	生 年 月 日	性別	被扶養者になったとき / 被扶養者でなくなったとき
被扶養者			昭・平・令　年　月　日	男	年　月　日
				女	年　月　日
			昭・平・令　年　月　日	男	年　月　日
				女	年　月　日
			昭・平・令　年　月　日	男	年　月　日
				女	年　月　日
			昭・平・令　年　月　日	男	年　月　日
				女	年　月　日
			昭・平・令　年　月　日	男	年　月　日
				女	年　月　日
			昭・平・令　年　月　日	男	年　月　日
				女	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

(　　)