

# 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✓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

印  
)

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			
被保険者記号		被保険者番号			
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					
被扶養者	氏名	続柄	生年月日	性別	被扶養者になったとき
			昭・平・令 年 月 日	男女	被扶養者でなくなったとき
			昭・平・令 年 月 日	男女	年 月 日
			昭・平・令 年 月 日	男女	年 月 日
			昭・平・令 年 月 日	男女	年 月 日
			昭・平・令 年 月 日	男女	年 月 日
			昭・平・令 年 月 日	男女	年 月 日
			昭・平・令 年 月 日	男女	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 ( )					