

資格等取得（喪失）連絡票

☐ 下記の者は、健康保険（共済組合）・厚生年金保険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（共済組合）の被扶養者として ☐ 認定 ☐ 認定を抹消 されたことを連絡します。
(該当欄に✓を付けてください)

所在地 _____

事業所 名称 _____

代表者 _____

TEL — — 担当

被 保 険 者 （ 組 合 員 ）	氏名			生年月日	年 月 日	
	住所			健康保険（共済組合）の 被保険者（組合員） 記号・番号・枝番※	記号：	
				番号：	枝番：	
	健康保険（共済組合）・ 厚生年金保険の 資格取得又は喪失年月日	取得	年 月 日	保険者番号 （保険者名）	()	
		喪失	年 月 日			
退職		年 月 日				
			基礎年金番号			

被 扶 養 者	氏名	生年月日	続柄	被扶養者として認定又は 認定を抹消された年月日	退職以外のとき の喪失理由
		年 月 日		<input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 抹消 年 月 日	
		年 月 日		<input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 抹消 年 月 日	
		年 月 日		<input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 抹消 年 月 日	
		年 月 日		<input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 抹消 年 月 日	
		年 月 日		<input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 抹消 年 月 日	

(認定・抹消は該当に✓を付けてください)

(記入上の注意)

- 健康保険（共済組合）の被保険者（組合員）の取得・喪失及び被扶養者の異動（認定・認定抹消）の都度、すべての欄を記入してください。
(1) 被保険者（組合員）の取得・喪失の際に、被扶養者がある場合は被扶養者欄も必ず記入してください。
(2) 被扶養者の異動のみの場合でも被保険者（組合員）欄及び被扶養者欄のすべてを記入してください。
(3) 被扶養者欄について、被保険者（組合員）の退職以外の喪失（認定抹消）のときは、その理由を記入してください。
(例：収入が被扶養者認定基準を上回ったため。被保険者が75歳に到達したため。など)
- 被保険者（組合員）欄の喪失年月日は退職年月日の翌日となります。
- 健康保険（共済組合）の被保険者（組合員）記号・番号は、被保険者証・資格確認書・資格情報のお知らせのいずれかを確認のうえ記入してください。