健康保険

資格取得（喪失）連絡票

厚生年金保険

 （該当欄に　レ　をしてください）

□　取　得

□　下記の者は、健康保険等の被保険者の資格を　　　　　　　　　したことを連絡します。

🗹　喪　失

□　認　定

□　下記の者は、健康保険等の被扶養者の資格を　　　　　　　　　したことを連絡します。

□　抹　消

**令和〇**年　**〇**月　**〇**日　　　　　　　　　　　　　所在地　**狭山市入間川〇丁目〇番〇号**

この証明書は必ず事業所等で記入のうえ、証明を受けてください。また、これと同じ内容のものが記入されていれば、この様式でなくても構いません。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称　**〇　〇　〇　株式会社**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　**〇　〇　〇　〇**　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（℡　**〇〇〇** － **〇〇〇** －**〇〇〇〇**）

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **被保険者氏名** | **国　保　　太　郎** | **昭和〇〇年　　〇月　〇日生** | **男****女** |
| **住　　所** | **狭山市入間川〇丁目〇番地〇号** |
| **資格取得日****又****喪 失 日****（喪失日は退職日の翌日）** | **取得日****平成〇〇年　〇月　〇日** | **被保険者証の記号番号** | **記号〇〇　番号〇〇〇〇〇** |
| **保険者番号・保険者名** | **〇〇〇〇〇****〇〇〇〇〇健康保険組合** |
| **喪失日****平成〇〇年　〇月　〇日****（退職日　平成〇〇年　〇月　〇日）** |
| **厚生年金の記号・番号** | **〇〇〇〇－〇〇〇〇〇〇** |
|  | **氏名** | **生年月日** | **性別** | **続柄** | **認定日・抹消日** | **抹消の理由** |
| **被扶養者** | **国保　花子** | **昭和〇年****〇月〇日** | **男****女** | **妻** | **平成〇〇年　〇月　〇日** |  |
| **国保　一郎** | **平成〇年****〇月〇日** | **男****女** | **子** | **平成〇〇年　〇月　〇日** |  |
| **国保　桜子** | **令和〇年****〇月〇日** | **男****女** | **子** | **平成〇〇年　〇月　〇日** |  |
|  | **令和〇年****〇月〇日** | **男****女** |  | **年　　月　　日** |  |

　※被扶養者欄は、被扶養者として認定、又は抹消された場合に記入してください。

　※本人の資格取得、喪失の際にも、被扶養者がある場合は必ず記入してください。

　　なお、被扶養者の異動だけの場合も、太線の中は必ず記入してください。

　※退職以外の理由の時の抹消理由も必ず記入してください。（例　収入が認定基準をオーバーしたため　等）

健康保険

資格取得（喪失）連絡票

厚生年金保険

 （該当欄に　レ　をしてください）

□　取　得

□　下記の者は、健康保険等の被保険者の資格を　　　　　　　　　したことを連絡します。

□　喪　失

□　認　定

□　下記の者は、健康保険等の被扶養者の資格を　　　　　　　　　したことを連絡します。

□　抹　消

年　　月　　日　　　　　　　　　　所在地

名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（℡　－ －）

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **被保険者氏名** |  | **年　　　　月　　　日生** | **男****女** |
| **住　　所** |  |
| **資格取得日****又****喪 失 日****（喪失日は退職日の翌日）** | **取得日****年　　月　　日** | **被保険者証の記号番号** |  |
| **保険者番号・保険者名** |  |
| **喪失日****年　　月　　日****（退職日　　　　　年　　月　　日）** |
| **厚生年金の記号・番号** |  |
|  | **氏名** | **生年月日** | **性別** | **続柄** | **認定日・抹消日** | **抹消の理由** |
| **被扶養者** |  | **年****月　日** | **男****女** |  | **年　　月　　日** |  |
|  | **年****月　日** | **男****女** |  | **年　　月　　日** |  |
|  | **年****月　日** | **男****女** |  | **年　　月　　日** |  |
|  | **年****月　日** | **男****女** |  | **年　　月　　日** |  |

　※被扶養者欄は、被扶養者として認定、又は抹消された場合に記入してください。

　※本人の資格取得、喪失の際にも、被扶養者がある場合は必ず記入してください。

　　なお、被扶養者の異動だけの場合も、太線の中は必ず記入してください。

　※退職以外の理由の時の抹消理由も必ず記入してください。（例　収入が認定基準をオーバーしたため　等）