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）