

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

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。

所在地 狭山市入間川〇丁目〇番〇号

名称 〇〇〇株式会社

代表者 〇〇〇〇

(Tel 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇)

印

記

被保険者氏名	国保太郎	昭和〇〇年 〇月 〇日生	男				
住所	狭山市入間川〇丁目〇番地〇号		女				
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	〇〇〇〇〇				
	喪失日 平成〇〇年 〇月 〇日 (退職日 平成〇〇年 〇月 〇日)	保険者番号・保険者名 〇〇〇〇〇健康保険組合	〇〇〇〇〇				
		厚生年金の記号・番号 〇〇〇〇-〇〇〇〇〇〇					
被扶養者	氏名	生年月日	性別	続柄	認定日	抹消日	抹消の理由
	国保花子	昭和〇年 〇月 〇日	男	妻	平成〇〇年 〇月 〇日		
	国保一郎	平成〇年 〇月 〇日	男	子	平成〇〇年 〇月 〇日		
	国保桜子	令和〇年 〇月 〇日	男	子	平成〇〇年 〇月 〇日		
		令和〇年 〇月 〇日	男		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  をしてください)

取得

したことを連絡します。

喪失

認定

抹消

下記の者は、健康保険等の被保険者の資格を

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。

年 月 日

所在地

名称

代表者

印

(Tel

—

—

)

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			
	喪失日	年 月 日	保険者番号・保険者名			
	(退職日	年 月 日)	厚生年金の記号・番号			
被扶養者	氏名	生年月日	性別	続柄	認定日・抹消日	抹消の理由
		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)