

# 健康保険・厚生年金保険被保険者資格等取得（喪失）連絡票

下記の者は、健康保険・厚生年金保険の被保険者資格を取得（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。

[該当するにレを付けてください。]

令和 年 月 日

所在地 \_\_\_\_\_

事業所 名称 \_\_\_\_\_

代表者 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_ 担当者 \_\_\_\_\_

被 保 険 者	氏名		生年月日	大・昭・平 年 月 日	性別	
	住所					
	世帯主氏名					
	健康保険・厚生年金保険の被保険者の資格取得(喪失〔退職〕)年月日	取得 令和 年 月 日	喪失 令和 年 月 日	[退職 令和 年 月 日]		
	健康保険の被保険者証の記号・番号					
	年金手帳の基礎年金番号					
被 扶 養 者	氏名	生年月日	続柄	被扶養者の認定(認定抹消)年月日	被保険者退職以外のときの抹消理由	
		大昭平令 年 月 日		認定・抹消 令和 年 月 日		
		大昭平令 年 月 日		認定・抹消 令和 年 月 日		
		大昭平令 年 月 日		認定・抹消 令和 年 月 日		
		大昭平令 年 月 日		認定・抹消 令和 年 月 日		

[記入上の注意]

- 被保険者の欄の「資格の喪失年月日」は「退職年月日」の翌日を記入してください。
- 被保険者資格の得喪があったとき、被扶養者がいる場合は被扶養者の欄も記入してください。
- 被扶養者のみの認定(認定抹消)があったときは、被保険者の欄も記入してください。  
なお、被扶養者の欄の「被扶養者の認定(認定抹消)年月日」は社会保険事務所から送付される「健康保険被扶養者(異動)確認通知書」に基づき記入してください。
- 被扶養者の欄の「被保険者退職以外のときの抹消理由」は、被保険者の退職以外の認定抹消理由がある場合に記入してください。(例:被扶養者認定基準を上回る収入。被扶養者の就職。)

☑ 下記の者は、健康保険・厚生年金保険の被保険者資格を☐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。

[該当する☐にレを付けてください。]

令和〇〇年 4月 3日

所在地 入善町入膳〇〇番地

事業所の担当の方がすべて記入して下さい。

事業所 名称 〇〇〇株式会社

代表者 入善 三郎

社印

TEL 72-XXXX 担当者 〇〇

被 保 険 者	氏名	入善 太郎	生年月日	大(昭)平〇年×月××日	性別	男
	住所	入善町入膳3255				
	世帯主氏名	入善 一郎				
	健康保険・厚生年金保険の被保険者の資格取得(喪失〔退職〕)年月日	取得 令和△△年 4月 1日	喪失 令和 〇〇年 4月 1日 〔退職 令和 〇〇年 3月 31日〕			
健康保険の被保険者証の記号・番号		12345・67				
年金手帳の基礎年金番号		1234-567890				

「喪失日」は「退職日」の翌日を記入してください。

被扶養者も喪失する場合は必ず記入してください。

被 扶 養 者	生年月日		続柄	被扶養者の認定(認定抹消)年月日		被保険者退職以外 のときの抹消理由
	入善 花子	大(昭)平・令 〇年〇月××日		妻	認定(抹消) 令和〇〇年 4月 1日	
	入善 次郎	大・昭(平)・令 △年△月××日	子	認定(抹消) 令和〇〇年 4月 1日		
		大・昭・平・令 年 月 日		認定・抹消		

認定・抹消どちらかに○をつけてください。

### [記入上の注意]

- 被保険者の欄の「資格の喪失年月日」は「退職年月日」の翌日を記入してください。
- 被保険者資格の得喪があったとき、被扶養者がいる場合は被扶養者の欄も記入してください。
- 被扶養者のみの認定(認定抹消)があったときは、被保険者の欄も記入してください。  
なお、被扶養者の欄の「被扶養者の認定(認定抹消)年月日」は社会保険事務所から送付される「健康保険被扶養者(異動)確認通知書」に基づき記入してください。
- 被扶養者の欄の「被保険者退職以外の際の抹消理由」は、被保険者の退職以外の認定抹消理由がある場合に記入してください。(例:被扶養者認定基準を上回る収入。被扶養者の就職。)