

健康保険
厚生年金保険

資格取得（喪失）連絡票

(該当欄にレをしてください)

- 下記の者は、健康保険等の被保険者の資格を
 取得
 喪失
 認定
 認定を取消
- 下記の者は、健康保険等の被扶養者として
 したことを連絡します。
 したことを連絡します。

令和 1年 1月 1日

所在地 安曇野市豊科〇〇〇〇番地

名称 〇〇〇株式会社

代表者 〇〇〇〇

印

(TEL〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)

この証明書は、必ず事業所等で記入のうえ、証明をうけてください。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。

記

被保険者氏名	国保太郎	昭・平・令 〇年 〇月 〇日生	男			
住所	安曇野市穂高〇〇〇〇番地		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 〇年 〇月 〇日 喪失日 令和2年 1月 1日 (退職日 令和1年 12月 31日)	被保険者証の記号番号 記号〇〇 番号〇〇〇〇 保険者番号・保険者名 〇〇〇〇〇〇 〇〇健康保険組合 基礎年金番号 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・喪失日	喪失の理由
	国保花子	昭・平・令 〇年 〇月 〇日	男女	妻	令和 2年 1月 1日	
	国保一郎	昭・平・令 〇年 〇月 〇日	男女	子	令和 2年 1月 1日	
	国保桜子	昭・平・令 〇年 〇月 〇日	男女	子	令和 2年 1月 1日	
		昭・平・令 年 月 日	男女		令和 年 月 日	
	昭・平・令 年 月 日	男女		令和 年 月 日		

- ※ 被扶養者欄は、被扶養者として認定、又は認定取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喪失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
厚生年金保険

資格取得（喪失）連絡票

(該当欄にレをしてください)

- 下記の者は、健康保険等の被保険者の資格を
 取得 したことを連絡します。
 喪失
- 下記の者は、健康保険等の被扶養者として
 認定 したことを連絡します。
 認定を取消

年 月 日

所在地 _____

名 称 _____

代表者 _____ 印

(TEL - -)

記

被保険者氏名				昭・平・令 年 月 日生	男 女	
住 所	長野県安曇野市				男 女	
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	令和 年 月 日	保険者番号・保険者名			
	(退職日)	令和 年 月 日	基礎年金番号			
被 扶 養 者	氏 名	生 年 月 日	性別	続柄	認定日・喪失日	喪失の理由
		昭・平・令 年 月 日	男 女		年 月 日	
		昭・平・令 年 月 日	男 女		年 月 日	
		昭・平・令 年 月 日	男 女		年 月 日	
		昭・平・令 年 月 日	男 女		年 月 日	

※ 被扶養者欄は、被扶養者として認定、又は認定取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喪失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)