|  |  |
| --- | --- |
| 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）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □　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 | | | | | | | |
| 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　令和　 年　 　月　　 日 (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 | 男 女 |  | | 年　　月　　日 | |  | |
| 年　　月　　日 |
|  | | 昭・平・令 | 男 女 |  | | 年　　月　　日 | |  | |
| 年　　月　　日 |
|  | | 昭・平・令 | 男 女 |  | | 年　　月　　日 | |  | |
| 年　　月　　日 |
|  | | 昭・平・令 | 男 女 |  | | 年　　月　　日 | |  | |
| 年　　月　　日 |
|  | | 昭・平・令 | 男 女 |  | | 年　　月　　日 | |  | |
| 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）