

資格等取得(喪失)連絡票

下記の者は、健康保険(共済組合)・厚生年金保険の被保険者の資格を 取得 喪失 したことを連絡します。

下記の者は、健康保険(共済組合)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。
(該当欄に✓を付けてください)

年 月 日

所在地

事業所

名称

代表者

印

TEL

-

-

担当

被 保 険 者 (組 合 員)	氏名			生年月日	年 月 日	
	住所			健康保険(共済組合)の 被保険者(組合員) 記号・番号・枝番※	記号:	
	健康保険(共済組合)・ 厚生年金保険の 資格取得又は喪失年月日	取得	年 月 日	保険者番号 (保険者名)	番号:	
		喪失	年 月 日		枝番:	
退職		年 月 日	基礎年金番号			
				()		
被 扶 養 者	枝番※	氏名	生年月日	続柄	被扶養者として認定又は 認定を抹消された年月日	退職以外のとき の喪失理由
			年 月 日		<input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 抹消 年 月 日	
			年 月 日		<input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 抹消 年 月 日	
			年 月 日		<input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 抹消 年 月 日	
			年 月 日		<input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 抹消 年 月 日	
			年 月 日		<input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 抹消 年 月 日	

(認定・抹消は該当に✓を付けてください)

(記入上の注意)

1. 健康保険(共済組合)の被保険者(組合員)の取得・喪失及び被扶養者の異動(認定・認定抹消)の都度、すべての欄を記入してください。

(1) 被保険者(組合員)の取得・喪失の際に、被扶養者がある場合は被扶養者欄も必ず記入してください。

(2) 被扶養者の異動のみの場合でも被保険者(組合員)欄及び被扶養者欄のすべてを記入してください。

(3) 被扶養者欄について、被保険者(組合員)の退職以外の喪失(認定抹消)のときは、その理由を記入してください。

(例: 収入が被扶養者認定基準を上回ったため)

2. 被保険者(組合員)欄の喪失年月日は退職年月日の翌日となります。

3. 健康保険(共済組合)の被保険者(組合員)記号・番号は、被保険者証・資格確認書・資格情報のお知らせのいずれかを確認のうえ記入してください。

※印の「枝番」欄は、枝番がある場合に記入してください。