

☆ この証明書は、もとの勤め先又は保険者（社会保険事務所・健康保険組合等）で証明を受けてください。

健康保険 資格取得・喪失連絡票 厚生年金保険

- 下記の者は、健康保険・厚生年金保険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、健康保険の被扶養者として
 認定されたことを連絡します。
 認定を削除

令和 年 月 日

所在地 _____
事業所 名称 _____
代表者 _____ (印)
TEL (_____ - _____ - _____ 担当者)

記

被保険者氏名				昭平 年 月 日生	男女		
住所							
資格取得年月日	年 月 日			保険者名			
資格喪失年月日	平・令 年 月 日			保険者番号			
(退職年月日)	(平・令 年 月 日)			被保険者証	記号 番号 枝番		
基礎年金番号	—						
被扶養者	枝番	氏名	生年月日	性別	続柄	被扶養者として認定又は認定を削除された日	退職以外のときの喪失理由
			昭平令 年 月 日			平令 年 月 日	
			昭平令 年 月 日			平令 年 月 日	
			昭平令 年 月 日			平令 年 月 日	
			昭平令 年 月 日			平令 年 月 日	

〈記載上の注意〉

- 健康保険・厚生年金保険の資格喪失年月日は、退職年月日の翌日を記入してください。
- 被扶養者の欄は、被扶養者として認定又は認定を削除された場合に記入してください。また、本人の資格取得又は資格喪失の際に、被扶養者がいる場合も必ず記入してください。
収入が扶養認定基準を上回ったときなど、退職以外のときの喪失理由も必ず記入してください。
- 被扶養者の異動だけの場合でも、被保険者の欄（資格取得年月日及び資格喪失年月日の欄を除く。）は必ず記入してください。