

健康保険（共済組合）  
厚生年金保険

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 被保険者証（組合員証） 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 險 者 番 号 ( 保 險 者 名 )	番号：	枝番：
		喪失	年 月 日		( )	
		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）の被保険者証（組合員証）記号・番号は、保険証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。