

健康保険資格 取得・喪失 連絡票

※ 該当する□に✓を付けてください。

□ 下記の者は、健康保険の被保険者資格を □取得 ・ □喪失 したことを連絡します。

□ 下記の者は、健康保険の被扶養者として認定を □登録 ・ □抹消 されたことを連絡します。

年 月 日

事業所 所在地

名 称

代表者

印

TEL

担当者

被 保 険 者	氏 名		生年月日	年 月 日	性 別	男 ・ 女
	住 所					
	資格取得年月日	取得	年 月 日	年金手帳の基礎年金番号		
	資格喪失年月日	喪失	年 月 日 (退職 月 日)			
	保 険 者 番 号 ・ 保 険 者 名					
	被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号					
被 扶 養 者	氏 名	生 年 月 日	続柄	被扶養者の認定を 登録・抹消 された年月日	被保険者退職以外の抹消理由	
		年 月 日		年金手帳の基礎年金番号		
		年 月 日		年 月 日		
		年 月 日		年 月 日		
		年 月 日		年 月 日		
		年 月 日		年 月 日		
		年 月 日		年 月 日		
		年 月 日		年 月 日		
		年 月 日		年 月 日		
		年 月 日		年 月 日		
		年 月 日		年 月 日		
		年 月 日		年 月 日		

<記載上の注意>

◎ 証明者(事業所)が必ず全欄記入してください。(証明者以外が記入したものは無効です。)

◎ 本人の資格喪失の際に、被扶養者がある場合は必ず記入してください。

◎ 訂正した場合は、必ず証明者(事業所)の訂正印を押してください。

(二重線のみ・修正液等は無効です。)

◎ 被扶養者の欄の『被保険者退職以外の抹消理由』は、該当する場合に記入してください。

(例：被扶養者認定基準を上回る収入、被扶養者の就職 など)

※ 資格喪失年月日は、退職の場合 退職年月日の翌日 になります。