

健康保険
厚生年金保険 資格等喪失（取得）連絡票

健康保険の資格状況について、下記のとおり連絡します。

令和 年 月 日 事業所所在地

事業所名 称

事業所代表者 (印)

TEL () 担当者 ()

記

A 健康 保険	保険者名		保険者番号		
	記号		番号		
B 被 保 険 者	氏名	生年月日 年 月 日			
	住所				
	被保険者 資格取得日	年 月 日	被保険者 資格喪失日	年 月 日	
C	基礎年金 番号				
D 被 扶 養 者	氏名	生年月日	続柄	資格取得（扶養認定）日	資格喪失（扶養削除）日
	配偶者	年 月 日		年 月 日	年 月 日
	(配偶者の基礎年金番号)				
		年 月 日		年 月 日	年 月 日
		年 月 日		年 月 日	年 月 日
資格喪失理由					
1 被保険者が退職したため					
2 被扶養者の収入超過					
3 被保険者と生計維持関係がないため					
4 被保険者が後期高齢者医療制度に加入のため					
5 雇用契約の変更等により被保険者の適用対象外となったため					
6 その他 ()					