

# 健康保険・厚生年金保険資格取得（喪失）連絡表

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。  
 厚生年金保険

下記の者は、健康保険の被扶養者  になった  でなくなった ことを連絡します。  
 厚生年金保険  
 （該当欄にレをご記入ください。）

令和 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

事業所の所在地及び名称

電話番号

代表者名

（担当者名

㊞

）

被保険者氏名				性別	男・女
住所					
生年月日	昭和・平成 年 月 日				
保険者の名称			保険者の番号		
記号・番号			枝番		
健康保険・厚生年金保険資格取得 または資格喪失年月日			取得	年 月 日	
			喪失 (退職)	年 月 日 ( 年 月 日 )	
基礎年金番号			—		
被扶養者	氏名	続柄	生年月日	性別	被扶養者になったとき
			昭 令 年 月 日	男・女	年 月 日
			平 年 月 日		年 月 日
			昭 令 年 月 日	男・女	年 月 日
			平 年 月 日		年 月 日
			昭 令 年 月 日	男・女	年 月 日
			平 年 月 日		年 月 日
			昭 令 年 月 日	男・女	年 月 日
			平 年 月 日		年 月 日
			昭 令 年 月 日	男・女	年 月 日
			平 年 月 日		年 月 日
	喪失の理由				
1 被保険者が退職したため					
2 被扶養者に収入があるため					
3 被保険者と生計維持関係がないため					
4 その他 ( )					