

記載例

健康保険・厚生年金保険資格等取得(喪失)連絡票

太枠内を全て記入して下さい。

下記の者は、健康保険等の被保険者の資格を 取得したことを連絡します。
 喪失 したことを連絡します。

下記の者は、健康保険等の被扶養者として 認定されたことを連絡します。
 認定を抹消 されたことを連絡します。

(該当欄にを記入してください。)

令和 3年 11月 1日

事業所
 証明日をご記載下さい。

所在地 宮崎市橘通西〇丁目×番□号
 名称 株式会社 ××××
 代表者 国保 太郎
 電話 1234-56-7890 (担当者 宮崎)

記

被保険者 A	氏名	国保 一郎			生年月日	昭和 平成	1年 3月 3日	健康保険の被保険者証 記号・番号・ 保険者番号・保険者名 C	1 2 3 - 4 全国.....協会	
	住所	宮崎市橘通1-1 宮崎アパート101号			電話番号	1 2 - 3 4 5 6				
健康保険・ 厚生年金保険 B	資格取得日	昭和 平成 令和	24年 4月 1日			基礎年金番号 D			123456789	
	退職年月日	平成・令和	3年 10月 31日							
	資格喪失日(退職日の翌日)	平成・令和	3年 11月 1日							
被扶養者 E	氏名	生年月日			続柄	被扶養者として 認定(抹消)された日			退職以外の ときの理由	
	国保 花子 (男・女)	昭和 平成 令和	2年 2月 2日			妻	認定 平成・令和 30年 11月 1日 抹消 平成・令和 3年 11月 1日			
	国保 二郎 (男・女)	昭和 平成 令和	2年 5月 5日			子	認定 平成・令和 2年 5月 5日 抹消 平成・令和 3年 11月 1日			
	(男・女)	昭和 平成 令和	年 月 日				認定 令和 年 月 日			
	(男・女)	昭和 平成 令和	年 月 日				認定 平成・令和 年 月 日 抹消 平成・令和 年 月 日			

扶養の方の抹消日(認定日)も
必ずご記載ください。

(注意事項)

- E欄の被扶養者欄は、被扶養者として認定または認定を抹消された場合に記入してください。
 本人の資格取得または資格喪失の際に、被扶養者がある場合も必ず記入してください。
 なお、被扶養者の異動だけの場合でも、A・B・C・D・E欄は必ず記入してください。
- 退職以外のときの理由も必ず記入してください。
 (例:収入が認定基準内となったため、被保険者が75歳に到達したため)