

国保・年金共用

健康保険・厚生年金保険 資格（取得・喪失）連絡票

下記の者は、健康保険・厚生年金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（ 認定を抹消）したことを連絡します。

[該当する  に レ を付けてください]

令和 年 月 日

所在地

事業所 名称

代表者

電 話

担当者

印

被 保 険 者	氏名	生年月日	昭・平・令	年	月	日	性別	男・女			
	住所										
	健康保険・厚生年金の被保険者資格の 取得・喪失（退職）年月日	取得	昭・平・令	年	月	日	喪失	平・令	年	月	日
							(退職日)	平・令	年	月	日
	健康保険の被保険者証の記号・番号										
	保 険 者 名 ・ 電 話 番 号	電話 ( )									
基 礎 年 金 番 号											
被 扶 養 者	氏 名	生 年 月 日	続 柄	被扶養者の認定（認定抹消）年月日				抹消理由			
		昭平令	年	月	日		認定・抹消	平・令	年	月	日
		昭平令	年	月	日		認定・抹消	平・令	年	月	日
		昭平令	年	月	日		認定・抹消	平・令	年	月	日
		昭平令	年	月	日		認定・抹消	平・令	年	月	日
		昭平令	年	月	日		認定・抹消	平・令	年	月	日

記入例

国保・年金共用

健康保険・厚生年金保険 資格（取得・喪失）連絡票

下記の者は、健康保険・厚生年金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 (認定を抹消) したことを連絡します。

[該当する に を付けてください]

該当するにを付けてください。被扶養者に関する場合は、2行目にを付けてください。

所在地 東京都世田谷区世田谷4丁目21番27号  
事業所名称 ○○○株式会社  
代表者 国保 保険  
電話 03 1234-1234 担当者 ※※

印

事業所の押印を忘れずにお願いいたします。

氏名	世田谷 太郎	生年月日	昭(平)令 3年 9月 27日	性別	(男)・女
住所	東京都世田谷区世田谷1丁目1番1号アパート世田谷101号室				
健康保険・厚生年金の被保険者資格の取得・喪失(退職)年月日	取得	昭(平)令 28年 4月 1日	喪失	平(令) 7年 4月 1日	(退職日 平(令) 7年 3月 31日)
健康保険の被保険者証の記号・番号	記号	1 2 3 4 5 6 7 8	番号	1 2 3 4	
保 險 者 名 ・ 電 話	○○健康保険協会 ××支部 電話 03 (4321) ▲▲▲▲				
基 礎 年 金 番 号	1 2 3 4 - 5 6 7 8 9 0				
氏 名	生 年 月 日	続 柄	被扶養者の認定(認定抹消)年月日	抹消理由	
世田谷 花子	平(令) 4年 5月 20日	妻	認定(抹消) 平(令) 30年 7月 14日		
	月 日		認定(抹消) 平(令) 7年 4月 1日	被保険者の退職	
被扶養者	被扶養者がいる場合は、資格取得用と資格喪失用としてこの連絡票を2枚作成していただくか、記入例のように2行使用し、 <u>被扶養者の認定年月日や抹消年月日等の記載をお願いします。</u>				