

健康保険
厚生年金保険

資格喪失連絡票

- 下記の者は、健康保険等の被保険者の資格を「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の「認定を抹消」したことを連絡します。

令和 年 月 日

所在地

名称

代表者

TEL

担当

印

記

被保険者氏名					
住所 A		〒			
健康保険・厚生年金保険 資格取得年月日 および 資格喪失年月日 B		取得		健康保険の被保険者証 記号・番号 保険者番号 C	記号 番号 保険者番号
		喪失 (退職)		厚生年金の記号・番号 D	基礎年金番号
被 扶 養 者 E	氏名	生年月日	性別	続柄	退職以外のときの 喪失理由
				被扶養者として認定された日 扶養者として抹消された日	

(記載上の注意)

- B欄の喪失年月日は、退職年月日の翌日となります。
- E欄の被扶養者欄は、被扶養者として認定を抹消された場合に記入してください。
- 本人の資格喪失の際に、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もA, B, C, D, E欄は必ず記入してください。
- 退職以外の理由のときの資格喪失理由も必ず記入してください。
(例 収入が被扶養者認定基準を上回ったため、就職のため等)