

健康保険資格喪失(取得)連絡票

下記の者は、健康保険の被保険者の資格を取得・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 されたことを連絡します。

(該当欄にレを記入して下さい。)

令和 年 月 日

所在地 _____

事業所 名称 _____

代表者 _____ (印)

Tel - - (担当者)

確認 _____

記

被保険者氏名						年	月	日生	男 女
住 所 A									
資格喪失年月日 (退職年月日)	喪失	年	月	日	記号・番号・枝番				
	(退職)	年	月	日)		保険者番号			
資格取得年月日 B	取得	年	月	日	保険者名称 C				
被 扶 養 者 D	氏 名	生 年 月 日			性別	続柄	被扶養者として認定 又は 認定を抹消された日		枝番
		年 月 日					年 月 日		
		年 月 日					年 月 日		
		年 月 日					年 月 日		
		年 月 日					年 月 日		
		年 月 日					年 月 日		

(記載上の注意)

1. B欄の資格喪失年月日は、退職年月日の翌日となります。
2. D欄の被扶養者欄は、被扶養者として認定又は抹消された場合に記入して下さい。
本人の資格取得又は資格喪失の際に、被扶養者がある場合も必ず記入して下さい。
なお、被扶養者の異動だけの場合でもA・B・C・D欄は必ず記入して下さい。
3. 枝番はわかる場合のみ記入して下さい。