《資格届出時に関市役所保険年金課の窓口へ提出してください》

健康保険・厚生年金保険　資格等取得(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)されたことを連絡します。

〔該当する☐にレを付けてください。〕

年　　月　　日

所在地

名　称

代表者

電　話　　－　　－　　担当者

被保険者	氏名		生年月日	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　年　月　日		喪失　年　月　日 (退職　年　月　日)		
	健康保険の被保険者の記号・番号					
	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	被保険者退職以外のときの抹消理由
		年　月　日		認定 抹消　年　月　日	
		年　月　日		認定 抹消　年　月　日	
		年　月　日		認定 抹消　年　月　日	
		年　月　日		認定 抹消　年　月　日	
		年　月　日		認定 抹消　年　月　日	

〔該当項目を適宜○で囲んでください。〕

〔記入上の注意〕

1. **被保険者の欄の「資格の喪失年月日」は、「退職年月日」の翌日を記入してください。**
2. 被保険者資格の取得(喪失)があったとき、被扶養者がある場合は被扶養者の欄も記入してください。
3. 被扶養者のみの認定(認定抹消)があったときは、被保険者の欄も記入してください。なお、被扶養者の欄の「被扶養者の認定(認定抹消)年月日」は、年金事務所から送付される「健康保険被扶養者(異動)確認通知書」に基づき記入してください。
4. 被扶養者の欄の「被保険者退職以外のときの抹消理由」は、被保険者の退職以外の認定抹消理由がある場合に記入してください。
(例:被扶養者認定基準を上回る収入。被扶養者の就職。)