

健康保険  
厚生年金保険

資格取得・喪失連絡票

平成 年 月 日

秦野市長様

事業所所在地  
事業所名称  
事業主 印  
電話番号 ( ) 担当者

1. 下記の者は、厚生年金保険・健康保険の資格を ☐取得 ☐喪失 したことを連絡します。

2. 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」をしてください。)

被保険者氏名 (住所) A		[昭・平 年 月 日生] [男・女]					
資格取得日		平成 年 月 日		被保険者証の記号番号 保険者番号・保険者名 C			
資格喪失日 B		喪失 平成 年 月 日 (退職 平成 年 月 日)		基礎年金番号 D			
被 扶 養 者  E	氏 名	生 年 月 日	性別	続柄	異 動 日	備 考	
		昭・平 年 月 日			平成 年 月 日		
		昭・平 年 月 日			平成 年 月 日		
		昭・平 年 月 日			平成 年 月 日		
		昭・平 年 月 日			平成 年 月 日		

(記載にあたってのお願い)

- 1. B欄の喪失年月日は、退職年月日の翌日を記入してください。
- 2. 「被扶養者」の欄は、被扶養者として認定又は認定を抹消された場合記入してください。  
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ください。  
なお、被扶養者の異動だけの場合でも A・C・D・E 欄は必ず記入してください。

(届出に必要なもの)

- 1 認印
- 2 年金手帳 (60 歳未満の方)
- 3 年金証書 (年金を受給している方) ※厚生年金等加入期間の記載してあるもの
- 4 収入のわかる書類 (源泉徴収など)