

記載例

(現在も勤務の場合)

健康保険
厚生年金保険

資格取得・喪失連絡票

(あて先)

〇〇年 △月 ▲日

秦野市長

事業所所在地 神奈川県秦野市桜町1丁目3番地2号

事業所名称 秦野商事

事業主 秦野太郎

電話番号 0463 (82) xxxx 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	秦野一郎		〔 ☒ 平・令 50年 4月 1日生〕		〔 ☒ 男・女〕	
資格取得日	〇〇年 4月 1日		被保険者証の記号番号 保険者番号・保険者名 C		56781234 123 01140011 全国健康保険協会 神奈川支部	
資格喪失日 B	喪失 (退職 年 月 日)		基礎年金番号 D		3160-012345	
被 扶 養 者 E	氏名	生 年 月 日	性別	続柄	異 動 日	備 考
	秦野花子	昭・平・令 50年 10月 1日	女	妻	〇〇年 4月 1日	
		昭・平・令 年 月 日			年 月 日	
		昭・平・令 年 月 日			年 月 日	
		昭・平・令 年 月 日			年 月 日	

(記載にあたってのお願い)

- 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。
- 「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。

健康保険
厚生年金保険

資格取得・喪失連絡票

(あて先)

〇〇年 △月 ▲日

秦野市長

事業所所在地 神奈川県秦野市桜町1丁目3番地2号
事業所名称 秦野商事
事業主 秦野太郎
電話番号 0463(82)xxxx 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	秦野一郎 [昭・平・令50年 4月 1日生] [(男)・女]					
	神奈川県秦野市平沢82					
資格取得日	〇〇年 4月 1日		被保険者証の記号番号 保険者番号・保険者名 C		56781234 123 01140011 全国健康保険協会 神奈川支部	
資格喪失日 B	喪失 (退職) 〇〇年 11月 1日 〇〇年 10月 31日		基礎年金番号 D		3160-012345	
被扶養者 E	氏名	生年月日	性別	続柄	異動日	備考
	秦野花子	昭・平・令 50年 10月 1日	女	妻	〇〇年 11月 1日	
		昭・平・令 年 月 日			年 月 日	
		昭・平・令 年 月 日			年 月 日	
		昭・平・令 年 月 日			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。