健康保険(共済組合) 取得 / 喪失 連絡票

取得、喪失のどちらかを〇で囲んでください。

就職者 退職者 (被保険者) A	氏名	(昭和 平成 令和　年　月　日生)
	住所	

健康保険(共済組合)等の資格取得又は喪失年月日 B	取得	平成 令和　年　月　日	健保・共済の保険証記号番号(保険者番号及び保険者名) C	
	喪失	平成 令和　年　月　日		
	退職	平成 令和　年　月　日	基礎年金番号 D	

	氏名	生年月日	続柄	被扶養者として認定又は認定を除外された日	退職以外のときの喪失理由
被扶養者 E		昭和 平成 令和　年　月　日		平成 令和　年　月　日	
		昭和 平成 令和　年　月　日		平成 令和　年　月　日	
		昭和 平成 令和　年　月　日		平成 令和　年　月　日	
		昭和 平成 令和　年　月　日		平成 令和　年　月　日	

上記のとおり相違ありません。

令和　年　月　日

事業所所在地

名　称　　㊞

電話番号　(　　)　　ー

お届けはお早めに！(14日以内にお届けください)

記載上の注意

1. B欄の喪失年月日は退職日の翌日となります。
2. Eの被扶養者欄は、被扶養者として認定・除外された場合に記入してください。
   本人の取得または喪失に伴う被扶養者の認定または認定の除外があった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B欄以外はすべて記入してください。
   また、退職以外のときの喪失理由は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等)