

※ 健康保険や年金の届け出をする際にご利用ください。

健康保険
資格喪失等連絡票
厚生年金保険

下記の者は、健康保険等の被保険者の資格を喪失したことを連絡します。

認定

下記の者は、健康保険の被扶養者として認定されたことを連絡します。

認定を削除

平成 年 月 日

所在地

事業所

名称

代表者

印

TEL(- -)

記

被保険者氏名		明大昭	年	月	日生	男女
住所						
健康保険・厚生年金 保険資格喪失年月日 (退職年月日)	喪失 平成 年 月 日	健康保険の記号番号				
	退職 (平成 年 月 日)	基礎年金番号	-			
被扶養者名	氏名	生年月日	性別	続柄	被扶養者として認定又は 認定を削除された日	退職以外のときの 喪失理由
		明昭 大平 年 月 日			平成 年 月 日	
		明昭 大平 年 月 日			平成 年 月 日	
		明昭 大平 年 月 日			平成 年 月 日	
		明昭 大平 年 月 日			平成 年 月 日	