富田林市への提出用

健康保険
厚生年金保険　資格等喪失連絡票

☐ 下記の者は、健康保険等の被保険者の資格を喪失した事を連絡します。

☐ 下記の者は、健康保険等の被扶養者として認定を抹消された事を連絡します。

平成　　年　　月　　日

所在地

事業所名　　印
（または保険者名称）
代表者
電話

被保険者　氏名	
フリガナ	生年月日 大・昭・平 年　月　日

住所
〒

健康保険等資格喪失日※	退職日
平成　　年　　月　　日	平成　　年　　月　　日

※　退職の場合、健康保険等資格喪失日は、退職日の翌日となります。

資格取得日	昭・平　　年　　月　　日

健康保険の被保険者証等　記号・番号	保険者名及び保険者番号
記号　　番号	

年金手帳の基礎年金番号
――

被扶養者　　氏名	被扶養者として認定を抹消された日	生年月日
配偶者	平成　　年　　月　　日	明・大・昭・平 年　月　日
	平成　　年　　月　　日	明・大・昭・平 年　月　日
	平成　　年　　月　　日	明・大・昭・平 年　月　日
	平成　　年　　月　　日	明・大・昭・平 年　月　日
	平成　　年　　月　　日	明・大・昭・平 年　月　日
	平成　　年　　月　　日	明・大・昭・平 年　月　日