熊谷市長　宛

健　康　保　険
厚 生 年 金 保 険　資格等喪失（取得）連絡票

健康保険の資格状況について、下記のとおり連絡します。

令和　　年　　月　　日　事業所所在地

事業所名　称

事業所代表者　　㊞

TEL（　　）担当者　（　　）

記

A 健康保険	保険者名			保険者番号		
	記号			番号		
被保険者 B	氏名			生年月日	年　月　日	
	住所					
C	被保険者資格取得日	年　月　日		被保険者資格喪失日	年　月　日	
	基礎年金番号					

D 被扶養者	氏名	生年月日	続柄	資格取得（扶養認定）日	資格喪失（扶養削除）日
配偶者		年　月　日		年　月　日	年　月　日
		（配偶者の基礎年金番号　　）			
		年　月　日		年　月　日	年　月　日
		年　月　日		年　月　日	年　月　日
		年　月　日		年　月　日	年　月　日
		年　月　日		年　月　日	年　月　日

資格喪失理由

1　被保険者が退職したため
2　被扶養者の収入超過
3　被保険者と生計維持関係がないため
4　被保険者が後期高齢者医療制度に加入のため
5　雇用契約の変更等により被保険者の適用対象外となったため
6　その他（　　）