

健康保険資格 取得・喪失 連絡票

相模原市長 あて

年 月 日

保険者または事業所

名 称 _____ 印 _____

所 在 地 _____

電話番号 _____ () _____ 担当者 _____

(該当 に「レ」をしてください。)

1. 下記の者は健康保険の被保険者の資格を _____ 年 月 日 **取得** したことを連絡します。
 (退職日: _____ 年 月 日) **喪失**

2. 下記の者は健康保険の被扶養者の資格を _____ 年 月 日 **取得** したことを連絡します。
喪失

健康保険被保険者証	保 険 者 名		保 険 者 番 号		
	記 号 番 号				
被 保 険 者 本 人	氏 名		性 別 男 ・ 女		
			生年月日 昭・平・令 年 月 日		
被 扶 養 者	氏 名	生 年 月 日	性別	続柄	異 動 理 由
		昭・平・令 年 月 日			
		昭・平・令 年 月 日			
		昭・平・令 年 月 日			
		昭・平・令 年 月 日			

(記入にあたってのお願い)

- ① 「1.」の「**喪失**」のときの年月日は、退職日の翌日(健康保険喪失日)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または認定抹消された場合に記入してください。
 - ・本人の資格取得または資格喪失の際に被扶養者がいる場合も必ず記入してください。
 - ・被扶養者の異動だけの場合でも健康保険被保険者証・被保険者欄は必ず記入してください。