

健康保険・厚生年金保険 資格取得・喪失証明書

下記の者は、健康保険等の ☐ 被保険者 ☐ 取得 の資格を ☐ 喪失 したことを証明します。
☐ 被扶養者

令和 年 月 日

所在地
事業所 名称 印
代表者
電話番号 担当者

被 保 険 者	氏 名		生 年 月 日		年 月 日
	住 所				
	健 康 保 険 の 記 号 ・ 番 号	記 号		番 号 ・ 枝 番	.
	保 険 者 名 保 険 者 番 号	保険者名		保 険 者 番 号	
	基礎年金番号				
	資 格 取 得 日	年 月 日			
	資 格 喪 失 日 (退 職 日)	年 月 日 (退職日： 年 月 日)			

被 扶 養 者	氏名	続柄	生年月日	認定・喪失年月日	喪失理由 (退職以外)
			年 月 日	年 月 日 認定 喪失	
			年 月 日	年 月 日 認定 喪失	
			年 月 日	年 月 日 認定 喪失	
			年 月 日	年 月 日 認定 喪失	
			年 月 日	年 月 日 認定 喪失	
			年 月 日	年 月 日 認定 喪失	

- [記入上の注意]
- 1. この証明書は、必ず事業所または保険者が記入押印してください。
 - 2. 被保険者の資格喪失日は、退職日の翌日となります。
 - 3. 被保険者の資格得喪時に被扶養者がいる場合は、被扶養者についても記入してください。
 - 4. 被扶養者の資格得喪の場合でも、被保険者について記入してください。