

健康保険・厚生年金保険資格等取得（喪失）証明書

下記の者は、健康保険等の被保険者資格を、
 取得 したことを証明します。
 喪失

下記の者は、健康保険等の被扶養者として、
 認定 されたことを証明します。
 認定を抹消 (該当欄に をしてください)

令和 年 月 日
 事業所 所在地 _____
 名 称 _____
 代表者 _____ ⑩
 電 話 _____ (担当者 _____)

記

A 被 保 険 者	(氏名)	大正	
	(個人番号)	昭和	男
	(住所)	平成	女
		令和	年 月 日生

基礎年金番号	
--------	--

B 健康保険・厚生年金保険 資格取得年月日 資格喪失年月日 (退職年月日)	取得：令和 年 月 日	C 健康保険の被保険者証 記号・番号	D 保険者 番号
	喪失：令和 年 月 日 (退職：令和 年 月 日)		

E	被 扶 養 者	氏 名	生 年 月 日	性 別	続 柄	被扶養者として認定ま たは認定を抹消された日	喪 失 理 由
		個 人 番 号					
		大・昭	年 月 日	男			
		平・令		女			
		大・昭	年 月 日	男			
		平・令		女			
		大・昭	年 月 日	男			
		平・令		女			
		大・昭	年 月 日	男			
		平・令		女			

(記入上の注意)

1. B欄の資格喪失年月日は、退職年月日の翌日になります。
2. 被扶養者の異動のみでも、A・C・D・E欄は必ず記入してください。

本人確認欄			
番 号 確 認		身 元 確 認	