

## 健康保險・厚生年金保險資格等取得（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  
☐ 喪失  
 したことを証明します。

□下記の者は、健康保険等の被扶養者として、  
□ 認定  
□ 認定を抹消

されたことを証明します。

(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

電話

(担当者

## 記

A	被 保 険 者		(氏名)		大正 昭和 平成 令和			男 女 日生	
			(個人番号)						
			(住所)						
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 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 女					
			平・令						
			大・昭 年 月 日	男 女					
			平・令						
			大・昭 年 月 日	男 女					
			平・令						
			大・昭 年 月 日	男 女					
			平・令						

(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	