

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
 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

(印)

電 話

(担当者)

記

A 被 保 險 者	(氏名)	大正 昭和 平成 令和 年 月 日			男 女
	(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	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
資格喪失年月日 (退職年月日)	喪失：令和 年 月 日 (退職：令和 年 月 日)				
E 被 扶 養 者	氏 名 個 人 番 号	生 年 月 日	性 別 男 男 女 女	続 柄	被扶養者として認定ま たは認定を抹消された日
		大・昭 平・令 年 月 日			
		大・昭 平・令 年 月 日			
		大・昭 平・令 年 月 日			
		大・昭 平・令 年 月 日			
		大・昭 平・令 年 月 日			

(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	