

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 険 者	(フリガナ)	昭和	男			
	(氏 名)	平成	女			
	(住 所)	令和 年 月 日	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 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	フリガナ	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
	氏 名					
		昭・ 年 月 日	男 女			
		平・令				
		昭・ 年 月 日	男 女			
		平・令				
		昭・ 年 月 日	男 女			
		平・令				
	昭・ 年 月 日	男 女				
	平・令					

(記入上の注意)

1. A・B・C・D欄は必ず記入してください。
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。
3. B欄の資格喪失年月日は、退職年月日の翌日になります。

本人確認欄			
番号 確認		身 元 確 認	