

# 健康保険等資格取得・喪失証明書

- 次の者は、健康保険(共済組合)・厚生年金保険の被保険者資格を  
 取得したことを証明する。  
 喪失されたことを証明する。  
 次の者は、健康保険の被扶養者資格を  
 認定(取得)  
 抹消(削除)

被 保 険 者	被保険者 氏名			生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	性別	男・女
	住 所	大熊町大字				資格取得年月日	平成	年	月	日
	健康保険の 記号・番号	記号	番号		資格喪失年月日 (退職日の翌日)	※1 ※2	平成	年	月	日
	基礎年金番号	—		保険者 番号	退職年月日	※1	平成	年	月	日

被 扶 養 者	被扶養者 氏名	生年月日		認定(取得)年月日	抹消(削除)年月日		
		性別	続柄				
		明・大・昭・平	年 月 日生	昭・平	年 月 日	昭・平	年 月 日
		性別 男・女	続柄				
		明・大・昭・平	年 月 日生	昭・平	年 月 日	昭・平	年 月 日
		性別 男・女	続柄				
		明・大・昭・平	年 月 日生	昭・平	年 月 日	昭・平	年 月 日
		性別 男・女	続柄				
		明・大・昭・平	年 月 日生	昭・平	年 月 日	昭・平	年 月 日
		性別 男・女	続柄				

※1 被扶養者の抹消のみ記載する  
証明書とする場合は、被保険者  
本人の喪失・退職年月日は記載  
せず、斜線をひくこと

※2 資格喪失年月日は、退職日の翌日

《記載上の注意事項》

平成 年 月 日

- この証明書は、必ず事業所または保険者が記載のうえ、  
押印してください。

事務所所在地

事務所名称

- 該当する口に、レ点を記載してください。

代表者名

印

- 被保険者本人が資格喪失する際、被扶養者がある場合には  
被扶養者について必ず記載してください。

電話番号

( )