

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。
 喪失したことを証明する。
- 次の者は、健康保険の被扶養者資格を
 認定(取得)されたことを証明する。
 抹消(削除)されたことを証明する。

被 保 険 者	被保険者 氏名			生年月日	年 月 日	性別	男・女
	住 所	大熊町大字			資格取得年月日	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	年 月 日	
	基礎年金番号	—		保険者 番号	退職年月日	※1	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		
		年 月 日生		年 月 日	年 月 日
		性別 男・女	続柄		
		年 月 日生		年 月 日	年 月 日
		性別 男・女	続柄		
		年 月 日生		年 月 日	年 月 日
		性別 男・女	続柄		
		年 月 日生		年 月 日	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》

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。

- 該当する口に、レ点を記載してください。
- 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。

事務所所在地

事務所名称

代表者名

印

電話番号

()