

健康保険・厚生年金保険資格[取得・喪失]証明書記入例

健康保険・厚生年金保険資格 [取得 ・ ~~喪失~~] 証明書

- ☒ 下記の者は、健康保険等の被保険者の資格を [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 [取得 ・ ~~喪失~~] となったことを証明します。
- ☐ 該当するものに✓をつけてください
- ☐ 該当するものに○をつけてください

令和6年 10月 2日

必ず記入してください

事業所

所在地	佐賀県伊万里市立花町1355番地1		
名称	伊万里市記入例株式会社		
代表者	伊万里 太郎		
(TEL	0955 - 23 - 2143	担当者	田中)

会社印

必ず記入してください
(被扶養者の異動のみの場合でも記入が必要です)

被扶養者の異動がある場合、記入してください

被保険者本人	氏名	国保 太郎		生年月日	平成1 年 10月 10日	
	住所	佐賀県伊万里市立花町1番地		加入している健康保険保険者名 [全国健康保険協会佐賀県支部] など		
	健康保険 保険者名称	全国健康保険協会佐賀県支部		健康保険 保険者番号	1410018	
	健康保険被保険者 記号・番号	記号 123	番号 4567	枝番 00		
	基礎年金番号	1234-123456		被保険者(健康保険を取得・喪失する方)の記号・番号		
	資格取得 年月日	令和1年 4月 1日				
	退職 年月日	令和6年 9月 30日		資格喪失 年月日 ※	令和6年 10月 1日	
被扶養者	氏名	生年月日	続柄	認定日	資格喪失日	
	国保 花子	平成2年 3月 1日	妻	令和1年 4月 1日	令和6年 10月1日	
	国保 一	令和2年 12月1日	子	令和2年 12月 1日	令和6年 10月1日	
		年 月 日		年 月 日	年 月 日	
		年 月 日		年 月 日	年 月 日	
		年 月 日		年 月 日	年 月 日	

記入上の注意

- ※健康保険の被保険者の取得・喪失及び被扶養者の異動（認定・認定抹消）の都度、すべての欄を記入してください。
- ①被保険者の取得・喪失の際に、被扶養者がある場合は被扶養者欄も必ず記入してください。
- ②被扶養者の異動（認定・認定抹消）のみでも被保険者欄及び被扶養者欄のすべてを記入してください。
- ※被保険者本人の退職による資格喪失の場合、資格喪失年月日は退職日の翌日となります。