

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。

年 月 日

事業所所在地

名称

代表者印

(TEL - - 担当者 )

|                            |                       |          |      |               |       |       |
|----------------------------|-----------------------|----------|------|---------------|-------|-------|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>本<br>人 | 氏 名                   |          | 生年月日 | 年 月 日         |       |       |
|                            | 住 所                   |          |      |               |       |       |
|                            | 健康保険<br>保険者名称         |          |      | 健康保険<br>保険者番号 |       |       |
|                            | 健康保険被保険者<br>記 号 ・ 番 号 | 記号 番号 枝番 |      |               |       |       |
|                            | 基礎年金番号                |          |      |               |       |       |
|                            | 資格取得<br>年 月 日         | 年 月 日    |      |               |       |       |
|                            | 退 職<br>年 月 日          | 年 月 日    |      | 資格喪失<br>年月日 ※ | 年 月 日 |       |
| 被<br>扶<br>養<br>者           | 氏名                    | 生年月日     | 続柄   | 認定日           |       | 資格喪失日 |
|                            |                       | 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 |
|                            |                       | 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。