

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 の被保険者資格を 取得 したことを証明します。
 厚生年金保険 喪失

下記の者は、健康保険 の被扶養者 になった ことを証明します。
 厚生年金保険 でなくなった

年 月 日

事業所の所在地及び名称

電話番号

代表者名

(印)

(担当者名)

被保険者氏名												
住 所												
生 年 月 日		年 月 日			性 別		男 ・ 女					
保険者の名称				保 険 者 番 号								
被保険者記号				被 保 険 者 番 号								
健康保険・厚生年金保険資格 取得または資格喪失年月日				取 得			年 月 日					
				喪 失 (退 職)			年 月 日 (年 月 日)					
基 礎 年 金 番 号				—								
被 扶 養 者 名	氏 名		続柄	生 年 月 日			性 別	被 扶 養 者 に な っ た 日				
				年 月 日			男	年 月 日				
				年 月 日			女	年 月 日				
				年 月 日			男	年 月 日				
				年 月 日			女	年 月 日				
				年 月 日			男	年 月 日				
				年 月 日			女	年 月 日				
				年 月 日			男	年 月 日				
				年 月 日			女	年 月 日				
				年 月 日			男	年 月 日				
				年 月 日			女	年 月 日				
				年 月 日			男	年 月 日				
				年 月 日			女	年 月 日				

〈記載上の注意〉

- 1 健康保険・厚生年金保険資格喪失年月日は、退職年月日の翌日となります。
- 2 被扶養者欄は、被扶養者として認定、又は認定を削除された場合に記入してください。また、資格喪失の際に被扶養者がいる場合も記入して下さい。
- 3 なお、資格喪失の場合の削除年月日は、喪失年月日となります。