## 健康保險資格取得·喪失証明書 厚生年金保険資格取得·喪失証明書

		下記のものは、健康保険等の						□ 被保険者 □ 被扶養者			の資格を			□ 取得 □ 喪失		したことを証明します。					
令和			年		J	月	日		所	在	地	I									
								F	名		称										
								事業所	代	表	者									印	
									電	話番号					‡	担当者名:					
												記									
	被		氏		名									生年月日		昭和 平成 令和		有	É	月	日
			住		所																
	保			保 番号			記号						番号					杉	<b>技番</b>		
		保保	<b>隊</b>		者 番	名号	保険者名							保険者都	番号						
	<b>)</b>	基	礎	年 金	金番	号															
		資	格	取	得	日	昭和 平成 令和		年		月		日								
		資	格	喪	失	日	昭和 平成 令和		年		月		目	(退職日:	平	和 成 和		年		月	日)
		資格喪失理由 (退職以外) □ 雇用形態変更等のため □ 被保険者が後期高齢者医療保険に移行したため													ため						
	被			F	£	名		続柄	2	生	年	月	日	認定	· 1	隻 失	年)	月日	3	健康 伐	保険証 番
									昭和 平成	2	年	月	目	昭和 平成 令和	年	月	日		8定 長失		
	扶								昭和 平成 令和	2	年	月	目	昭和 平成 令和	年	月	目		思定 要失		
									昭和					昭和	_				認定		

(注)

養

者

- ・この証明書は、必ず事業所または保険者が記載、押印してください。
- ・被保険者の資格喪失日は、退職日の翌日となります。
- ・本人の資格喪失時または資格取得時に被扶養者がいる場合は、被扶養者欄も必ずご記入ください。

平成

昭和

平成

昭和

平成

令和

昭和

平成

令和

月

月

月

月

日

日

日

日

平成

令和

昭和

平成

昭和

平成

昭和

平成

令和

年

年

年

年

年

年

年

年

月

月

月

月

日

日

日

日

喪失

認定

喪失

認定

喪失

認定

喪失

・被扶養者の異動のみの場合でも、被保険者欄を必ずご記入ください。