

健康保険 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 月 日

所在地
事業所 名称
代表者
電話番号
担当者名: 印

記

被 保 険 者	氏名				生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日			
	住所											
	健康保険証 記号・番号・枝番	記号		番号			枝番					
	保険者名 保険者番号	保険者名				保険者番号						
	基礎年金番号											
	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	日	(退職日: 昭和 平成 令和	年	月	日)			
	資格喪失理由 (退職以外)	<input type="checkbox"/> 雇用形態変更等のため <input type="checkbox"/> 被保険者が後期高齢者医療保険に移行したため										
被 扶 養 者	氏名	続柄	生年月日	認定・喪失年月日			健康保険証 枝番					
			昭和 平成 令和	年	月	日	昭和 平成 令和	年	月	日	認定 喪失	
			昭和 平成 令和	年	月	日	昭和 平成 令和	年	月	日	認定 喪失	
			昭和 平成 令和	年	月	日	昭和 平成 令和	年	月	日	認定 喪失	
			昭和 平成 令和	年	月	日	昭和 平成 令和	年	月	日	認定 喪失	
			昭和 平成 令和	年	月	日	昭和 平成 令和	年	月	日	認定 喪失	

(注)

- 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。
- 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。