

# 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 4 年 4 月 1 日

所在地 石川県河北郡津幡町字加賀爪二3番地  
事業所 名称 株式会社 ツバタコクホ  
代表者 河北 太郎  
電話番号 076-288-7924 担当者名: 河北

印

## 記

|                  |  |                    |                |                       |                |                                       |             |    |
|------------------|--|--------------------|----------------|-----------------------|----------------|---------------------------------------|-------------|----|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 氏名   | 津幡 義仲              |                |                       | 生年月日           | 昭和<br>平成<br>令和                        | 元 年 4 月 1 日 |    |
|                  | 住所   | 石川県河北郡津幡町北中条3丁目1番地 |                |                       |                |                                       |             |    |
|                  | 健康保険証<br>記号・番号・枝番  | 記号                 | 1234           | 番号                    | 56789          | 枝番                                    | 00          |    |
|                  | 保険者名<br>番号   | 保険者名               | 全国健康保険協会 石川支部  |                       | 保険者番号          | 01170018                              |             |    |
|                  | 基礎年金番号   | 1234-056789        |                |                       |                | 退職の場合は退職日を記載。<br>退職以外の場合は資格喪失理由にチェック。 |             |    |
|                  | 資格取得日  | 昭和<br>平成<br>令和     | 24 年 4 月 2 日   |                       |                |                                       |             |    |
|                  | 資格喪失日  | 昭和<br>平成<br>令和     | 4 年 4 月 1 日    | (退職日: 昭和<br>平成<br>令和) | 4 年 3 月 31 日)  |                                       |             |    |
| 資格喪失理由<br>(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<br>扶<br>養<br>者 | 氏名   | 続柄                 | 生年月日           | 認定・喪失年月日              | 健康保険証<br>枝番    |                                       |             |    |
|                  | 津幡 巴   | 妻                  | 昭和<br>平成<br>令和 | 2 年 3 月 3 日           | 昭和<br>平成<br>令和 | 4 年 4 月 1 日                           | 認定<br>喪失    | 01 |
|                  |  |                    | 昭和<br>平成<br>令和 | 年 月 日                 | 昭和<br>平成<br>令和 | 年 月 日                                 | 認定<br>喪失    |    |
|                  |  |                    | 昭和<br>平成<br>令和 | 年 月 日                 | 昭和<br>平成<br>令和 | 年 月 日                                 | 認定<br>喪失    |    |
|                  |  |                    | 昭和<br>平成<br>令和 | 年 月 日                 | 昭和<br>平成<br>令和 | 年 月 日                                 | 認定<br>喪失    |    |
|                  |  |                    | 昭和<br>平成<br>令和 | 年 月 日                 | 昭和<br>平成<br>令和 | 年 月 日                                 | 認定<br>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。