

健康保険 厚生年金

資格取得(喪失)証明書

下記のとおり、健康保険等の
被保険者 取得
の資格を したことを証明します。
被扶養者 喪失

令和 年 月 日

所在地 _____
事業所(または保険者) 名称 _____
代表者 _____ 印 _____
TEL(_____ - _____ - _____ 担当者 _____)

記

保険者番号及び名称		保険者番号			
		名	称		
被保険者	健康保険	記号	番号		
	基礎年金番号				
	氏名				
	生年月日	年	月 日		
	資格取得日	年	月 日		
	資格喪失日 (退職日の翌日)	年	月 日		
被扶養者	氏名	生年月日	続柄	資格取得日	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
資格喪失の理由		1. 退職(年 月 日 退職) 2. 被保険者死亡(年 月 日 死亡) 3. 扶養基準収入超過 4. その他()			

【注意事項】 ・この証明書は、事業所または保険者で各欄もれなく記入してください。
・国保加入の届出は、資格喪失日より14日以内をお願いします。