

健康保険
厚生年金

資格取得（喪失）証明書

被保険者 取得

下記の者は、健康保険等の 資格を したことを証明します。

被扶養者 喪失

年 月 日

所在地

事業所（または保険者） 名称

代表者

TEL (- - 担当者)

記

健康保険の種類 記号・番号		保険者名			
		保険者番号		記号・番号	
基礎年金番号					
被 保 険 者	氏 名				
	生 年 月 日	昭和・平成	年	月	日
	資 格 取 得 年 月 日	昭和・平成・令和	年	月	日
	退 職 日	平成・令和	年	月	日
	資 格 喪 失 年 月 日 (退職日の翌日)	平成・令和	年	月	日
被 扶 養 者	氏 名	生年月日	続柄	資格取得年月日	資格喪失年月日
		昭・平・令 年 月 日		昭・平・令 年 月 日	平・令 年 月 日
		昭・平・令 年 月 日		昭・平・令 年 月 日	平・令 年 月 日
		昭・平・令 年 月 日		昭・平・令 年 月 日	平・令 年 月 日
		昭・平・令 年 月 日		昭・平・令 年 月 日	平・令 年 月 日
		昭・平・令 年 月 日		昭・平・令 年 月 日	平・令 年 月 日
		昭・平・令 年 月 日		昭・平・令 年 月 日	平・令 年 月 日

【事業所へのお願い】 この証明書は国民健康保険の資格を取得（喪失）するための必要書類ですので、各欄もれなく記載のうえ本人にお渡してください。