

健康保険
厚生年金

資格取得(喪失)証明書

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

令和 年 月 日

所在地

事業者(または保険者) 名称

代表者

印

TEL(- - 担当者)

記

健康保険の種類		保険者名			
記号・番号		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・令和	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

【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。