

健康保険等資格取得・喪失証明書

記載例

喪失年月日は退職年月日の翌日。
同日ではありません。

次の者は、健康保険（共済組合）・厚生年金保険の被保険者資格を 取得 喪失 したことを証明する。

次の者は、健康保険の被扶養者資格を 認定（加入） 抹消（削除） されたことを証明する。

被保険者氏名 (個人番号)	三沢 太郎 (個人番号 123456789123)	生年月日	昭和(平成)令和 5年5月17日	性別	(男)・女
住 所	三沢市桜町1丁目1番地38号		資格取得年月日 ※1	(平) 令 31年1月23日	
健康保険の 記号番号	記号 123456	番号 78910	資格喪失年月日 ※1 ※2	平(令) 2年1月22日	
基礎年金番号	1234 - 567891	保険者番号	12345678	退職年月日 ※2	平(令) 2年1月21日

被扶養者氏名 (個人番号)	生年月日 性別	続柄	認定(加入)年月日	抹消(削除)年月日
三沢 花子 (個人番号 987654321987)	昭(平)令 4年5月5日生 性別 男(女)	続柄 妻	(平) 令 31年1月23日	平(令) 2年1月22日
(個人番号)	昭・平・令 年 月 日生 性別 男・女	続柄	平・令 年 月 日	平・令 年 月 日
(個人番号)	昭・平・令 年 月 日生 性別 男・女	続柄	平・令 年 月 日	平・令 年 月 日

健康保険 本人(被保険者) 00000
被保険者証 平成31年1月30日交付
記号 123456 番号 78910
氏名 三沢 太郎
生年月日 平成5年 5月 17日
性別 男
資格取得年月日 平成 31年 1月 23日
事業所名称 株式会社 ○○○○
保険者番号 1 2 3 4 5 6 7 8
保険者名称 △△健康保険組合

《記載上の注意事項》

- この証明書は、必ず事業所または保険者が記載のうえ、押印してください。
- 被保険者本人が資格喪失する際、被扶養者がある場合には被扶養者について必ず記載してください。
- 保険者番号は被保険者証下部に記載してある番号(4桁～8桁)です。不明の場合には保険者の名称を記載してください。
- 該当する口に、レ点を記載してください。

※個人番号制度の導入に伴い、法人番号・個人番号の記入を忘れずをお願いします。

令和 2年 1月 22日

法人番号(13桁) 1234567891234

事業所所在地 三沢市幸町1丁目7-

事業所名称 株式会社 ○○○○

代表者名 保険 太郎

電話番号 123 (456) 789



保険証の被扶養者がいる場合は必ず記載

この証明書は会社が記入・証明するものです。

退職された本人・市役所が記入するものではありません。