

健康保険等資格取得・喪失証明書

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)	(個人番号)	生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日	性別	男・女		
住所				資格取得年月日 ※1	平・令	年	月	日		
健康保険の 記号番号	記号	番号			資格喪失年月日 ※1 ※2	平・令	年	月	日	
基礎年金番号	-		保険者番号			退職年月日 ※2	平・令	年	月	日
被扶養者氏名 (個人番号)	生年月日 性別		認定（加入）年月日		抹消（削除）年月日		※1 被扶養者の抹消のみ記載する証明書とする場合は、被保険者本人の喪失・退職年月日は記載せず、斜線をひく。 ※2 資格喪失年月日は、退職日の翌日。			
(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					
(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					

《記載上の注意事項》

令和 年 月 日

- ①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。
- ②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。
- ③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。
- ④該当する□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。

法人番号(13桁) _____

事業所所在地 _____

事業所名称 _____

代表者名 _____ (印)

電話番号 () _____