

健康保険
厚生年金

資格取得（喪失）証明書

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

令和 年 月 日

事業所
(または保険者)

所在地 _____

名称 _____

代表者 _____ 印

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			
被 保 険 者	基礎年金番号	—				
	氏名					
	生年月日	年	月	日		
	資格取得年月日	年	月	日		
	退職日	年	月	日		
	資格喪失年月日 (退職日の翌日)	年	月	日		
被 扶 養 者	氏名	生年月日	続柄	資格取得年月日	資格喪失年月日	喪失理由 (退職以外の時)
		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	

【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。