

健康保険
厚生年金保険

資格取得・喪失証明書

下記の者は、健康保険等の

☐ 被保険者
☐ 被扶養者

の資格を

☐ 取得
☐ 喪失

したことを証明します。

年 月 日

所在地

名称

事業所代表者

電話番号

担当者名

印

記

被 保 険 者	氏名				生年月日	年 月 日	
	住所						
	健康保険証 記号・番号	記号			番号		
	保険者名 保険者番号	保険者名			保険者 番号		
	基礎年金番号						
	資格取得日	年 月 日					
	資格喪失日	年 月 日 (退職日: 年 月 日)					
被 扶 養 者	氏名	続柄	生年月日	認定・喪失年月日		喪失理由 (退職以外)	
			年 月 日	年 月 日	認定 喪失	☐ 就職・収入増 ☐ その他 ()	
			年 月 日	年 月 日	認定 喪失	☐ 就職・収入増 ☐ その他 ()	
			年 月 日	年 月 日	認定 喪失	☐ 就職・収入増 ☐ その他 ()	
			年 月 日	年 月 日	認定 喪失	☐ 就職・収入増 ☐ その他 ()	
			年 月 日	年 月 日	認定 喪失	☐ 就職・収入増 ☐ その他 ()	
			年 月 日	年 月 日	認定 喪失	☐ 就職・収入増 ☐ その他 ()	

【注意事項】

- ・この証明書は、必ず事業所または保険者が記載・押印してください。
- ・被保険者の資格喪失日は、退職日の翌日となります。
- ・本人の資格喪失時または資格取得時に被扶養者がいる場合は、被扶養者欄も必ずご記入ください。
- ・被扶養者の異動のみの場合でも、被保険者欄を必ずご記入ください。