

健康保険 厚生年金保険

資格等取得・喪失証明書

1. 下記の者は健康保険・厚生年金の資格を 年 月 日 取得 喪失 したことを証明します。

※退職日の翌日が喪失日となります。該当する□に「レ」を付記。

2. 下記の者は、健康保険の被扶養者として 年 月 日 認定 認定を抹消 されたことを証明します。

※被扶養者が就職(健康保険に加入)した場合、就職先の資格取得日が抹消日となります。

年 月 日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名 代表取締役 印

電話番号 担当者名

A	被保険者氏名	[昭・平・令 年 月 日生[男・女]]
	(住所)	

B	健康保険の 記号番号	記号 : 番号	C	基礎年金番号	
---	---------------	---------	---	--------	--

D	被 扶 養 者	氏名	生 年 月 日	性別	続柄	備 考	
				昭・平・令 年 月 日			□
				昭・平・令 年 月 日			
				昭・平・令 年 月 日			
				昭・平・令 年 月 日			
				昭・平・令 年 月 日			

・国民健康保険の届出の際、家族が国民健康保険に加入している場合は、その国民健康保険被保険者証の提出も必要となるようです。その他にも必要となるものを事前に届出先にご確認ください。