**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の資格を □取得 □喪失 したことを証明します。

□下記の者は、健康保険等の被扶養者として □認定 □認定を抹消 したことを証明します。

（該当する□に✓印を記入してください。）

令和　　年　　月　　日

所在地

事業所名

印

代表者

電話

被　保　険　者

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏名 |  | 生年月日 | 昭・平・令　　年　　月　　日 | 性別 |  |
| 住所 |  |
| 健康保険・厚生年金保険の資格取得日又は資格喪失年月日（退職年月日） | 取得日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 喪失日(退職日) | 喪失日　　令和　　年　　月　　日(退職日　　令和　　年　　月　　日) |
| 保険者名 |  |
| 記号・番号 |  |
| 基礎年金番号 |  |
| 被　扶　養　者 | 氏名 | 生年月日 | 被扶養者の認定（認定抹消）年月日 | 抹消理由 |
|  | 年　月　日 | 認定　　　　　　　年　　月　　日抹消　　　　　　　年　　月　　日 |  |
|  | 　 年　月　日 | 認定　　　　　　　年　　月　　日抹消　　　　　　　年　　月　　日 |  |
|  | 年　月　日 | 認定　　　　　　　年　　月　　日抹消　　　　　　　年　　月　　日 |  |
|  | 年　月　日 | 認定　　　　　　　年　　月　　日抹消　　　　　　　年　　月　　日 |  |

　　　　墨田区区民部　国保年金課