

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
代表者
電話

印

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 抹消	年 月 日 年 月 日		
		年 月 日	認定 抹消	年 月 日 年 月 日		
		年 月 日	認定 抹消	年 月 日 年 月 日		
		年 月 日	認定 抹消	年 月 日 年 月 日		