

健康保険 厚生年金

資格取得（喪失）証明書

下記の者は、健康保険等の 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。

平成 年 月 日

所在地 _____

事業所（または保険者） 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		
基礎年金番号					
被保険者	氏 名				
	生 年 月 日	昭和・平成	年	月	日
	資格取得年月日	昭和・平成	年	月	日
	退 職 日	昭和・平成	年	月	日
	資格喪失年月日 (退職日の翌日)	昭和・平成	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
		昭・平 年 月 日		昭・平 年 月 日	昭・平 年 月 日
		昭・平 年 月 日		昭・平 年 月 日	昭・平 年 月 日
		昭・平 年 月 日		昭・平 年 月 日	昭・平 年 月 日
		昭・平 年 月 日		昭・平 年 月 日	昭・平 年 月 日
		昭・平 年 月 日		昭・平 年 月 日	昭・平 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ください。