

健康保険 資格取得・喪失 証明書

厚生年金保険

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。
 被扶養者 喪失
 (該当欄に✓をしてください。)

年 月 日

所在地

事業所
(または保険者等)

名称

代表者

印

TEL

担当者：

被保険者	氏名				
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			
資格取得年月日	(取得) 昭和・平成・令和 年 月 日				
資格喪失年月日	(喪失) 昭和・平成・令和 年 月 日 <small>※ 退職の場合は退職日の翌日</small>				
退職年月日	(退職) 昭和・平成・令和 年 月 日				
健康保険の種類	保険者名			保険者番号	
	記号			番号(枝番)	
基礎年金番号					
被扶養者	氏名	続柄	生年月日	枝番	被扶養者として認定を取得または削除された日
			昭・平・令 年 月 日		平・令 年 月 日
			昭・平・令 年 月 日		平・令 年 月 日
			昭・平・令 年 月 日		平・令 年 月 日
			昭・平・令 年 月 日		平・令 年 月 日
			昭・平・令 年 月 日		平・令 年 月 日

【記入上の注意】

1. 証明者（事業所、保険者）が必ず全欄記入してください。
2. 本人の資格取得または喪失の際に、被扶養者がある場合は必ず記入してください。

健康保険
資格取得・喪失 証明書
厚生年金保険

下記の者は、健康保険等の 被保険者 の資格を 取得 したことを証明します。
 被扶養者 喪失
(該当欄に✓をしてください。)

令和 元 年 1 月 10 日

所在地 熊本県玉名市岩崎●●●番地

事業所
(または保険者等)

名称 ○○○株式会社

代表者 代表取締役 玉名 太郎

社印
株式
会

TEL 0968-●●-●●●● 担当者：玉名

被保険者	氏名	国保 新太郎			
	生年月日	昭和・平成・令和 元年 1月 2日			
資格取得年月日	(取得)	昭和・平成・令和 20年 5月 10日			
資格喪失年月日	(喪失)	昭和・平成・令和 元年 7月 1日 ※ 退職の場合は退職日の翌日			
退職年月日	(退職)	昭和・平成・令和 元年 6月 30日			
健康保険の種類	保険者名	全国健康保険協会熊本支部	保険者番号	01430001	
	記号	●●●	番号(枝番)	1234(00)	
基礎年金番号	△△△△-123456				
被扶養者	氏名	続柄	生年月日	枝番	被扶養者として認定を取得または削除された日
	国保 花子	妻	昭和・平成・令和 63年 8月 10日	01	平成・令和 元年 7月 1日
			昭和・平成・令和 年 月 日		平成・令和 年 月 日
			昭和・平成・令和 年 月 日		平成・令和 年 月 日
			昭和・平成・令和 年 月 日		平成・令和 年 月 日
			昭和・平成・令和 年 月 日		平成・令和 年 月 日

【記入上の注意】

1. 証明者（事業所、保険者）が必ず全欄記入してください。
2. 本人の資格取得または喪失の際に、被扶養者がある場合は必ず記入してください。