

# 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
※ 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	年	月 日
健康保険の種類	保険者名			
	保険者番号		記号・番号	
基礎年金番号				
被扶養者	氏名	生年月日	続柄	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	昭・平・令
		昭・平・令	年 月 日	昭・平・令
		昭・平・令	年 月 日	昭・平・令
		昭・平・令	年 月 日	昭・平・令

**【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  
之  
印

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	●●●・1234
基礎年金番号	△△△△-123456			
被扶養者	氏名	生年月日	続柄	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	昭・平・令 63年 8月 10日	妻	昭・平・令 元年 7月 1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
		昭・平・令 年 月 日		昭・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。