

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・不該当〕となったことを証明します。

年 月 日

事業所 所在地 _____

名称 _____

代表者 _____ 印

(TEL _____ 担当者)

被 保 険 者 本 人	氏 名			生年月日	年 月 日	
	住 所					
	基礎年金 番 号			健康保険 保険者番号		
	健康保険 保険者名称					
	健康保険被保険者 記号・番号	記号		番号		
	資格取得 年月日	年 月 日		資格喪失 年月日※	年 月 日	
被 扶 養 者	氏 名	生年月日	続柄	認 定 日	不 該 当 日	
		年 月 日		年 月 日	年 月 日	
		年 月 日		年 月 日	年 月 日	
		年 月 日		年 月 日	年 月 日	
		年 月 日		年 月 日	年 月 日	
		年 月 日		年 月 日	年 月 日	

※被保険者本人の退職による資格喪失の場合、資格喪失年月日は退職日の翌日となります。

◆この証明書は、お住まいの市町村にて国民年金または国民健康保険の資格得喪の届出の際にご利用ください。

◆国民健康保険または国民年金の手続きに必要な書類について、詳細はお住まいの市町村にご確認ください。