

健康保険・厚生年金保険資格取得（喪失）証明書

☐被保険者

☐取得

☐被扶養者

☐喪失

下記の者は、健康保険の資格を

したことを証明します。
(該当欄にレをしてください。)

平成 年 月 日

所在地

事業所 名 称

代表者

TEL () — 担当

印

記

被保険者氏名 A		(明・大・昭・平 年 月 日生)			
健康保険・厚生年金保険の 資格取得または喪失年月日 (退職年月日)B		取得 平成 年 月 日		健康保険被保険者証の 記号・番号 (保険者番号及び保険者名)C	
		喪失 平成 年 月 日 (退職 平成 年 月 日)		年金手帳の基礎年金番号D	—
被 扶 養 者 E	氏 名	生 年 月 日	続柄	被扶養者として認定または 扶養を喪失した日	退職以外のときの喪失理由 及び基礎年金番号
		明・昭 年 月 日 大・平		平成 年 月 日	理由～ 基礎年金番号 (—)
		明・昭 年 月 日 大・平		平成 年 月 日	理由～ 基礎年金番号 (—)
		明・昭 年 月 日 大・平		平成 年 月 日	理由～ 基礎年金番号 (—)
		明・昭 年 月 日 大・平		平成 年 月 日	理由～ 基礎年金番号 (—)
		明・昭 年 月 日 大・平		平成 年 月 日	理由～ 基礎年金番号 (—)

(記載上の注意)

1. B欄の喪失年月日は、退職年月日の翌日となります。
2. (1)E欄の被扶養者欄は、被扶養者として認定または扶養認定が取り消された場合に記入してください。
本人の資格取得または喪失の際に、被扶養者がある場合も必ず記入してください。
なお、被扶養者の異動だけの場合でもA, C, D, E欄は記入してください。
(2)退職以外の理由のときの喪失理由も必ず記入してください。
(例：収入が被扶養者認定基準を上回ったため)