

健康保険等資格取得・喪失証明書

次の者は、健康保険（共済組合）・厚生年金保険の被保険者資格を 取得したことを証明する。
 喪失

次の者は、健康保険の被扶養者資格を 認定（加入）されたことを証明する。
 抹消（削除）

被保険者氏名		生年月日		昭和・平成	年	月	日	性別	男・女		
住所		浪江町大字		資格取得年月日 ※1		平成	年	月	日		
健康保険の記号番号		記号	番号	枝番	資格喪失年月日 ※1 ※2		平成	年	月	日	
基礎年金番号		-		保険者番号		退職年月日 ※2		令和	年	月	日

枝番	被扶養者氏名	生年月日		認定（加入）年月日	抹消（削除）年月日	
		性別	続柄			
		大・昭・平・令	年 月 日 生	平成	年 月 日	
		性別	男・女	続柄	平成	年 月 日
		大・昭・平・令	年 月 日 生	平成	年 月 日	
		性別	男・女	続柄	平成	年 月 日
		大・昭・平・令	年 月 日 生	平成	年 月 日	
		性別	男・女	続柄	平成	年 月 日
		大・昭・平・令	年 月 日 生	平成	年 月 日	
		性別	男・女	続柄	平成	年 月 日

※1 被扶養者の抹消のみ記載する証明書とする場合は、被保険者本人の喪失・退職年月日は記載せず、斜線をひく。
 ※2 資格喪失年月日は退職日の翌日。

《記載上の注意事項》

- この証明書は、必ず事業所または保険者が記載ください。
- 被保険者本人が資格喪失する際、被扶養者がある場合には被扶養者について必ず記載してください。
- 保険者番号は被保険者証下部に記載してある番号（6桁～8桁）です。不明の場合には保険者の名称を記載してください。
- 該当する□に、レ点を記載してください。

令和 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

代表者名

電話番号 ()