証明書様式

健康保険・厚生年金　資格取得（喪失）証明書

下記の者は、健康保険等の　□ 被保険者　□ 被扶養者　の資格を　□ 取得　□ 喪失　したことを証明します。

（該当欄にレ印をしてください。）

令和　　年　　月　　日

事業所　所在地

名　称

代表者　　㊞

TEL（　　ー　　ー　　担当者　　）

A 被保険者氏名			昭・平・令　年　月　日生	男・女
A 住所			電話番号	
B 健康保険・厚生年金の資格取得また喪失年月日（退職年月日）	取得 平成 令和　年　月　日		C 健康保険被保険者証の記号・番号	
	喪失 平成 令和　年　月　日（退職 平成 令和　年　月　日）		D 年金手帳の基礎年金番号	

	氏名	生年月日	性別	続柄	被扶養者として認定された日	被扶養者として認定を抹消された日	退職以外のときの喪失理由
E 被扶養者		昭・平・令　年　月　日	男 女		平成・令和　年　月　日	平成・令和　年　月　日	
		昭・平・令　年　月　日	男 女		平成・令和　年　月　日	平成・令和　年　月　日	
		昭・平・令　年　月　日	男 女		平成・令和　年　月　日	平成・令和　年　月　日	
		昭・平・令　年　月　日	男 女		平成・令和　年　月　日	平成・令和　年　月　日	
		昭・平・令　年　月　日	男 女		平成・令和　年　月　日	平成・令和　年　月　日	

（　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認定を抹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　）