

# 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	年 月 日	性別	男・女
住 所	福島県いわき市			資格取得年月日	年 月 日	
健康保険の 記 号 番 号	記号	番号	資格喪失年月日 ※1 ※2		年 月 日	
基礎年金番号	-		保険者番号	退職年月日 ※1		年 月 日

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		
	年 月 日 生		年 月 日	年 月 日
	性別 男・女	続柄		
	年 月 日 生		年 月 日	年 月 日
	性別 男・女	続柄		
	年 月 日 生		年 月 日	年 月 日
	性別 男・女	続柄		
	年 月 日 生		年 月 日	年 月 日
	性別 男・女	続柄		

※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

※3 何か確認することがありましたらご連絡しますので、必ず担当者の氏名をご記入ください。

《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のうえ、押印してください。
- 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。
- 該当する口にはレを記載する。

年 月 日

事業所所在地

事業所名称

代表者名

連絡先 ( ) 担当者 ※3  
 電話番号