

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
 喪失 したことを証明する。

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

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	※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。	
	性別	続柄	年 月 日 生	年 月 日		
	性別 男・女	続柄	年 月 日 生	年 月 日	※2 資格喪失年月日は退職日の翌日	
	性別 男・女	続柄	年 月 日 生	年 月 日		
	性別 男・女	続柄	年 月 日 生	年 月 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。	
	性別 男・女	続柄	年 月 日 生	年 月 日		
	性別 男・女	続柄	年 月 日 生	年 月 日		
	性別 男・女	続柄	年 月 日 生	年 月 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□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
電話番号

()

担当者 ※3