

健康保険

資格取得(喪失)証明書

厚生年金保険

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

年 月 日

事業所(保険者) 所在地.....

名称.....

代表者..... (印)

TEL (担当)

記

① 被保険者氏名		昭和・平成 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	取得	年 月 日	② 健康保険被保険者証の 記号・番号 (保険者名及び保険者番号) ()		
	喪失	平成 令和 年 月 日			
	退職	平成 令和 年 月 日	③ 基礎年金番号		
④ 被扶養者	氏名	生年月日	続柄	資格取得年月日	退職以外の場合 の喪失理由
		年 月 日		資格喪失年月日	
		年 月 日		年 月 日	年 月 日
		年 月 日		年 月 日	年 月 日
		年 月 日		年 月 日	年 月 日
		年 月 日		年 月 日	年 月 日

【記載上の注意】

- 退職年月日の翌日が「喪失年月日」となります。
- 「被扶養者」欄は、被扶養者として認定または認定を抹消し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には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、①～④欄の記入は必要です。
- 退職以外のときは、喪失理由を必ず記入してください。
なお、理由が下記の場合は、A、Bのみの記入でも差しつかえありません。
A 被扶養者の収入が認定基準を上回ったため
B 被保険者本人が、後期高齢者医療保険の被保険者となったため

※ 記入が不完全な場合、国保加入ができなくなることがありますのでご注意ください。