

健康保険 厚生年金

資格取得（喪失）証明書

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

年 月 日

所在地 _____

事業所（または保険者） 名 称 _____

代表者 _____ (印)

TEL (- - 担当者)

記

健康保険の種類 記号・番号	保険者名				
	保険者番号		記号・番号		
基礎年金番号					
被保険者	氏 名				
	生 年 月 日	年	月	日	
	資格取得年月日	年	月	日	
	退 職 日	年	月	日	
	資格喪失年月日 (退職日の翌日)	年	月	日	
被扶養者	氏 名	生年月日	続柄	資格取得年月日	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
		年 月 日		年 月 日	年 月 日

【事業所へのお願い】 この証明書は国民健康保険の資格を取得（喪失）するための必要書類ですので、各欄もれなく記載のうえ本人にお渡しく下さい。

健康保険 厚生年金

資格取得（喪失）証明書

記入例

下記の者は、健康保険等の
 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。

令和 元 年 5 月 10 日

所在地 ○○市△△町□□×××番地

事業所（または被保険者） 名称 株式会社 △△△△△
代表者 四国 三郎 **印** **注①**
TEL (000-△△△-××××× 担当者 徳島)

健康保険の種類 記号・番号	被保険者名 保険者番号	△△健康保険協会 ○○支部	記号・番号	123456	789
基礎年金番号	7150-643210				

被保険者	氏名	生年月日	資格取得年月日	資格喪失年月日
被扶養者	嶋門 花子	昭和56年7月8日	平成22年1月1日	平成24年1月6日
	嶋門 次郎	平成23年4月5日	平成23年4月5日	平成24年1月6日
		年月日	年月日	年月日

注③

【事業所へお願い】この証明書は国民健康保険の資格を取得（喪失）するための必要書類ですので、各欄もれなく記載のうえ本人にお渡しください。

記入上の留意点

- ◆ この証明書は、ご本人にご記入いただくものではありません。すべて事業所または保険者（社会保険事務所・健康保険組合等）が記入・証明してください。
- ◆ 記入が不十分な場合は手続きを受付できなくなりますので、ご注意ください。
- 注① 会社印でなくても、代表者・担当者等の印鑑でも構いません。
- 注② 健康保険の種類および記号・番号は被保険者証にも記載されており、ますので、それらを参照してご記入ください。

健康保険 被保険者証	本人（被保険者）	平成22年2月2日交付	
記号	123456	番号	789
氏名	嶋門 太郎	タロウ	
生年月日	昭和54年3月2日		
資格取得年月日	平成22年1月1日		
事業所名称	株式会社 △△△△△		
保険者番号	01234567		
保険者名称	△△健康保険協会 ○○支部		
保険者所在地	○○市△△町×××		

- 注③ 被保険者本人だけでなく、被扶養者も含め、健康保険等の切り替えをされる方全員についてご記入ください。資格取得・喪失年月日についても、全員分を記載してください。

お問い合わせ先 〒772-8501
嶋門市撫養町南浜字東浜 170 番地
嶋門市役所 保険課 保険資格・給付担当
(本庁舎南側 保険棟 1階)
電話 088-684-1139