

健康保険  
厚生年金保険

資格取得・喪失証明書

下記の者は、健康保険等の  被保険者 の資格を  取得  喪失 したことを証明します。  
 被扶養者  
(該当に  をしてください。)

令和 年 月 日

所在地

事業所名称

代表者

印

電話番号

担当者名：

記

被 保 険 者	氏名			生年月日	昭和 平成	年	月	日
	住所							
	健康保険証 記号・番号	記号			番号			
	保険者名 保険者番号	保険者名			保険者番号			
	基礎年金番号							
	資格取得日	平成	年	月	日			
	資格喪失日	令和	年	月	日	(退職日：令和 年 月 日)		
被 扶 養 者	氏名	続柄	生年月日	認定・資格喪失日		喪失理由 (退職以外)		
			昭和 平成 令和	年	月	日	令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 喪失	<input type="checkbox"/> 就職・収入増 <input type="checkbox"/> その他
			昭和 平成 令和	年	月	日	令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 喪失	<input type="checkbox"/> 就職・収入増 <input type="checkbox"/> その他
			昭和 平成 令和	年	月	日	令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 喪失	<input type="checkbox"/> 就職・収入増 <input type="checkbox"/> その他
			昭和 平成 令和	年	月	日	令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 喪失	<input type="checkbox"/> 就職・収入増 <input type="checkbox"/> その他
			昭和 平成 令和	年	月	日	令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 喪失	<input type="checkbox"/> 就職・収入増 <input type="checkbox"/> その他

(記載にあたってのお願い)

- 被保険者の資格喪失日は、退職日の翌日となります。
- 資格喪失時に被扶養者がいる場合は、被扶養者欄を必ずご記入ください。
- 被扶養者の異動のみの場合でも、被保険者欄を必ずご記入ください。

(手続きについて)

資格喪失後、国民健康保険に加入される場合は、届出が必要です。(14日以内に届出)

国民健康保険加入の手続きには、健康保険資格喪失証明書を提出してください。(任意様式可)

その他、本人確認できるものが必要です。(写真有は1つ、写真なしは2つ)

被保険者本人または被扶養配偶者であったかた(60歳未満のかたのみ)は、国民健康保険加入と同時に国民年金への加入が必要となりますので、年金手帳をご持参ください。