

健康保険等資格（取得・喪失）証明書

被保険者欄

被保険者	氏名	・
	生年月日	(昭和・平成) 年 月 日
	住所	・
健康保険等の 資格取得又は 喪失年月日	資格取得日	平・令 年 月 日
	資格喪失日	平・令 年 月 日 (退職した日の翌日)
	退職した日	平・令 年 月 日
社保・健保・共済等の保険証番号 (保険者の住所) (保険者名) (電話番号)	・	
	・	
	・	
厚生年金等の記号・番号		

被保険者欄（世帯員）

氏名	生年月日	資格取得日	資格喪失日
	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

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

事業所所在地
名称又は代表者
電話番号

() -

印

<事業主の方へ記入上のお願い>

- 資格喪失年月日は、退職年月日の翌日となります。
- 被扶養者欄には、被扶養者として認定・除外された場合に記入してください。
なお、被扶養者の異動だけの場合でも、すべての欄に記入してください。

<届出人が持参するもの>

- 本紙 (健康保険等資格取得・喪失証明書) ・ 印かん ・ 年金手帳
- 国民健康保険被保険者証 (すでに世帯の中に国民健康保険加入者がいらっしゃる場合)
- 年金証書 (厚生年金や各種共済組合などの加入期間が20年以上又は、40歳以降に10年以上ある方)

健康保険等資格（取得・喪失）証明書

記入例

被保険者	氏名	・ 人吉 太郎
	生年月日	(昭・平) ○○年○○月○○日
	住所	・ 人吉市麓町16番地
健康保険等の 資格取得又は 喪失年月日	資格取得日	平・令 年 月 日
	資格喪失日	平・令 年 月 日 (退職した日の翌日)
	退職した日	平・令 年 月 日
社保・健保・共済等の保険証番号 (保険者の住所) (保険者名) (電話番号)	・	
	・	
	・	
厚生年金等の記号・番号		

被保険者欄（世帯員）

氏名	生年月日	資格取得日	資格喪失日
人吉 次郎	H○○年○○月○○日	年 月 日	年 月 日
人吉 花子	H○○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

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

事業所所在地
名称又は代表者
電話番号

事業所の証明が必要です。

印

() -

<事業主の方へ記入上のお願い>

- 資格喪失年月日は、退職年月日の翌日となります。
- 被扶養者欄には、被扶養者として認定・除外された場合に記入してください。
なお、被扶養者の異動だけの場合でも、すべての欄に記入してください。

<届出人が持参するもの>

- 本紙 (健康保険等資格取得・喪失証明書) ・ 印かん ・ 年金手帳
- 国民健康保険被保険者証 (すでに世帯の中に国民健康保険加入者がいらっしゃる場合)
- 年金証書 (厚生年金や各種共済組合などの加入期間が20年以上又は、40歳以降に10年以上ある方)