

健康保険
厚生年金保険

資格等取得・喪失証明書

被 保 険 者	氏 名	(年 月 日生)				
	住 所					
保 険 者 名	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 支部 <input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 国保組合	健康保険証の記号	記号			
		健康保険証の記号番号	番号			
		保険者番号 ※保険証発行機関番号				
		基礎年金番号	—			
者	健康保険の資格取得 又は喪失年月日	取 得 し た 日	昭和・平成・令和	年	月 日	
		退 職 し た 日	昭和・平成・令和	年	月 日	
		喪 失 し た 日 (退職した日の翌日)	昭和・平成・令和	年	月 日	
被 扶 養 者	氏 名	続 柄	生 年 月 日	認 定 ・ 喪 失 年 月 日		
			年 月 日	認定	年 月 日	
				喪失	年 月 日	
			年 月 日	認定	年 月 日	
				喪失	年 月 日	
			年 月 日	認定	年 月 日	
				喪失	年 月 日	
			年 月 日	認定	年 月 日	
				喪失	年 月 日	
			年 月 日	認定	年 月 日	
				喪失	年 月 日	
	備 考					

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

事業所所在地

事業所名及び代表者名

