

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
厚生年金保険の被保険者資格を☐ 取得
☐ 喪失したことを証明します。

下記の者は、健康保険
厚生年金保険の被扶養者☐ になった
☐ でなくなったことを証明します。
(該当する□にチェックを入れる)

年 月 日

事業所の所在地及び名称
電話番号
代表者名

印

(担当者名)

被保険者氏名											性別	男 ・ 女				
住所	埼玉県草加市															
生年月日	年 月 日															
保険者の名称						保険者番号										
被保険者証の記号						被保険者証の番号										
健康保険・厚生年金保険資格 取得または資格喪失年月日					取 得	年 月 日										
					喪 失 (退 職)	年 月 日										
						(年 月 日)										
基礎年金番号									—							
被扶養者	氏名	続柄	生年月日			性別	被扶養者になった日									
							被扶養者でなくなった日									
	年 月 日			男・女	年 月 日											
					年 月 日											
	年 月 日			男・女	年 月 日											
					年 月 日											
	年 月 日			男・女	年 月 日											
					年 月 日											
年 月 日			男・女	年 月 日												
				年 月 日												
喪失の理由																
1 被保険者が退職したため																
2 被扶養者に収入があるため																
3 被保険者と生計維持関係がないため																
4 その他 ()																