

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							
記号				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						
			年 月 日	男・女	年 月 日						
			年 月 日		年 月 日						
			年 月 日	男・女	年 月 日						
		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 ()