

《記入例》

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 取得  
被扶養者 の資格を 喪失 したことを証明します。

令和2年 1月 1日

所在地 福井市大手3丁目10-1  
名称 株式会社〇〇企画  
代表者 福井 太郎  
電話番号 0776-20-5383 担当者名：朝倉

印

記

被 保 険 者	氏名	越前 花子		生年月日	平成4年 4月 1日	
	住所	福井市照手〇丁目〇〇-〇				
	健康保険証 記号・番号	記号	123	番号	4567	
	保険者名 保険者番号	保険者名	△△共済組合		保険者番号	12345678
	基礎年金番号	1234-567890				
	資格取得日	年 月 日				
	資格喪失日 (退職日)	令和2年 1月 1日		(退職日：令和元年 12月 31日)		
被 扶 養 者	氏名	続柄	生年月日	認定・喪失年月日	喪失理由 (退職以外)	
	越前 太一	子	令和2年 1月 1日	令和2年 1月 1日	<input checked="" type="checkbox"/> 喪失	<input type="checkbox"/> 就職・収入増 <input type="checkbox"/> その他
			年 月 日	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
			年 月 日	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
			年 月 日	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
			年 月 日	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
			年 月 日	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

(注)

- この証明書は、必ず事業所または保険者が記載、押印してください。
- 被保険者の資格喪失日は、退職日の翌日となります。
- 本人の資格喪失時または資格取得時に被扶養者がいる場合は、被扶養者欄も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。