

健康保険・厚生年金保険 資格等取得・喪失証明書

1、被保険者であった者について記入する欄

氏 名		生年月日	昭・平・令	年	月	日
住 所						
取得年月日 (入社日)	年	月	日	被保険者記号・番号		
喪失年月日	年	月	日			
(退職日)	年	月	日	基礎年金番号		

※喪失年月日は、退職日の翌日を記入してください。

2、被扶養者であった者について記入する欄

氏名	生 年 月 日		続 柄	被扶養者として認定又は認定を抹消された日		退職以外のときの喪失理由
	昭 平 令	年 月 日		認 定 抹 消	年 月 日	
	昭 平 令	年 月 日		認 定 抹 消	年 月 日	
	昭 平 令	年 月 日		認 定 抹 消	年 月 日	
	昭 平 令	年 月 日		認 定 抹 消	年 月 日	
	昭 平 令	年 月 日		認 定 抹 消	年 月 日	

※被扶養者欄は、被扶養者として認定・抹消された場合に記入してください。

※本人の取得又は喪失に伴う被扶養者の認定又は認定の抹消があった場合も必ず記入してください。

※被扶養者の欄の「退職以外のときの喪失理由」は、被保険者の退職以外の喪失理由がある場合に記入してください。(例:収入が増え被扶養者認定基準を上回ったため)

上記のとおり、相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

事業所名称

所 在 地

代表者名

電話番号

印