

健康保険・厚生年金 資格（取得・喪失）証明書

被 保 険 者 （ 本 人 ）	フリガナ 氏 名											生年月日	昭・平・令 年 月 日	性別	男・女			
	住 所																	
	健 康 保 険 ・ 厚 生 年 金	記 号											保険者名称					
		番 号																
		保険者 番 号																
		基礎年金番号											—					
		資格取得年月日											年 月 日					
退 職 日												年 月 日						
<u>資格喪失年月日</u>											年 月 日	※退職日の翌日をご記入ください。						
被 扶 養 者	被扶養者の有無 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ⇒ 下の被扶養者欄を記入してください																	
	フリガナ 氏 名	生 年 月 日				性 別	続 柄	認 定 年 月 日				喪 失 年 月 日						
		昭・平・令 年 月 日				男・女		年 月 日				年 月 日						
		昭・平・令 年 月 日				男・女		年 月 日				年 月 日						
		昭・平・令 年 月 日				男・女		年 月 日				年 月 日						
		昭・平・令 年 月 日				男・女		年 月 日				年 月 日						
備 考	※被扶養者のみ喪失（認定削除）する場合は、その理由を選択してください。																	
	<input type="checkbox"/> 収入が被扶養者認定基準額を超過したため <input type="checkbox"/> 被保険者が後期高齢者医療制度へ移行したため <input type="checkbox"/> 他健康保険を取得したため <input type="checkbox"/> その他（ ）																	
上記のとおり、相違ないことを証明します。 年 月 日 所在地 _____ 事 業 所 名称 _____ (又は保険者) 代表者名 _____ (印) 電話番号 () _____																		

※証明する事業所又は保険者が記入の上押印してください。（ただし、個人事業者、法人格のない団体については、代表者本人の自署である場合は、押印不要です。）

※次ページに記入方法や国民健康保険の手続きの案内がありますので、ご参照ください。

【記入方法】

○被扶養者のみの資格異動の場合でも、被保険者欄（喪失年月日は斜線をひく）及び健康保険・厚生年金欄は記入してください。

○健康保険の記号及び番号

◆保険者共通

・10桁に満たない場合は、**左詰め**で記入してください。

◆全国健康保険協会（協会けんぽ）の場合

- ・協会けんぽ移行（平成20年10月）後の被保険者証記号及び番号を記入してください。
- ・記号は、事業所ごとに**数字**が割り振られています。
- ・番号は、事業所に勤めている被保険者ごとに数字が割り振られています。

◆協会けんぽ以外の健康保険の場合

・保険者ごとに異なりますので、ご確認のうえ、記入してください。

○保険者番号

・保険者番号は、原則、下のおり8桁の数字で割り振られており、保険者ごとに番号は決まっています。ご確認のうえ、記入してください。

