

## 健康保険・厚生年金保険等資格 取得・喪失 証明書

基礎年金番号		被保険者の住所	
健康保険の記号・番号		保険者番号	保険者の名称
被 保 険 者	氏名(フリガナ)	続柄	生年月日
			昭 平 令 ・     ・
			資格の得喪日
			取得     .     . 喪失     .     .
			資格の喪失理由
			<input type="checkbox"/> 勤務先を退職⇒ 退職日：     年     月     日 <input type="checkbox"/> 任意継続の資格喪失 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度に加入 <input type="checkbox"/> その他(     )
被 扶 養 者			昭 平 令 ・     ・
			取得     .     . 喪失     .     .
			昭 平 令 ・     ・
			取得     .     . 喪失     .     .
			昭 平 令 ・     ・
			取得     .     . 喪失     .     .
			昭 平 令 ・     ・
			取得     .     . 喪失     .     .
			<input type="checkbox"/> 被保険者または組合員の資格喪失  下記の理由により被扶養者のみ資格喪失 <input type="checkbox"/> 雇用保険の受給 <input type="checkbox"/> 収入の増加 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> その他(     )
上記のとおり証明します。			
令和     年     月     日	住所	証明者	名称
			(印)
	電話	(     )     )	担当

- (注) 1 この証明書は、健保・共済・国保組合の理事長または事業主が証明してください。  
 2 この証明書は、国民健康保険および国民年金の加入・喪失手続き等を行うためのものですので、役場へ提出してください。  
 3 資格の喪失日は、勤務先を退職した日または任意継続の期間満了の日などの翌日です。(国保組合を除く)  
 4 資格喪失の場合、「資格の得喪日」欄は、喪失日と併せて取得日も記載してください。  
 5 「資格の喪失理由」欄は、該当する口内にし点を付してください。