

健康保険資格等取得・喪失証明書

下記の者は、健康保険の被保険者の資格を(取得・喪失)したことを証明します。

下記の者は、健康保険の被扶養者として(認定・認定を抹消)されたことを証明します。

平成 年 月 日

所在地

事業所名 又は
保険者名(健康保険の本部名称)

印

代表者

TEL

記

被 保 険 者 氏 名	(昭和・平成 年 月 日) 男・女					
住 所 A	〒 ()					
健康保険・厚生年金等 資格取得又は資格喪失年月日 B (退職年月日)	取得 平成 年 月 日	喪失 平成 年 月 日 (退職 平成 年 月 日)	健康保険の被保険者証等 記号・番号・保険者名 保 険 者 番 号 C	記 号 保険者名 (本部の名称)	番 号	
年金手帳の基礎年金番号 D	—					
被 扶 養 者 E	氏 名	生 年 月 日	性別	被扶養者として認定又は認定を抹消された日	本人退職以外の場合、その扶養抹消理由	年金手帳の基礎年金番号
	配偶者	昭和・平成 年 月 日	男・女	認定・抹消 平成 年 月 日		
		昭和・平成 年 月 日	男・女	認定・抹消 平成 年 月 日		
		昭和・平成 年 月 日	男・女	認定・抹消 平成 年 月 日		
		昭和・平成 年 月 日	男・女	認定・抹消 平成 年 月 日		

(記載上の注意)

1. B欄の喪失年月日は退職年月日の翌日となります(退職により喪失する場合)。
2. E欄の被扶養者欄は、被扶養者として認定又は認定を抹消された場合に必ず記入して下さい。
本人の資格喪失の際に、被扶養者がある場合も必ず記入して下さい。
なお、被扶養者の異動だけの場合でもA, B, C, D, E欄は必ず記入して下さい。
3. 本人の退職以外の理由の時は、扶養抹消理由も必ず記入して下さい。(例:収入が被扶養者認定基準を上回ったため)