

保 険 資 格 取 得 喪 失 証 明 書

次の者は、健康保険等の 被保険者 の資格を 取得 喪失 したことを証明します。
被扶養者 (該当欄にチェックしてください。)

令和 年 月 日

事業主 または 保険者	所在地
	名称
	事業主等氏名 印
	電話 — — 担当者

被保険者氏名		基礎年金番号	—		
被保険者生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	健康保険の種類, 保険者名(番号)及び記号・番号 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 健保組合 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 船員 <input type="checkbox"/> 国保組合			
資格取得日 資格喪失日 (退職年月日)	取得 令和 年 月 日	保険者名			
	喪失 令和 年 月 日	保険者番号	()		
	(退職 平成・令和 年 月 日)	記号	番号		
被扶養者	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	退職以外の喪失理由
		昭・平・令 年 月 日		令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 被保険者死亡
		昭・平・令 年 月 日		令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 収入増
		昭・平・令 年 月 日		令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 離婚
		昭・平・令 年 月 日		令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> その他 ()

喪失年月日は、退職年月日の翌日となります。
 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者がいる場合記入してください。
 本人の資格取得又は喪失の際に、被扶養者がいる場合は必ず記入してください。
 被扶養者のみの異動の場合でも、本人(被保険者)欄の記入をしてください。