証明書様式

健 康 保 険
資格取得（喪失）証明書
厚生年金保険

下記の者は、健康保険者の □被保険者 □被扶養者 の資格を □取得 □喪失 したことを証明します。

（該当欄に✔をしてください。）

年　月　日

所在地

事　業　所　名　称

（または保険者等）代表者　　㊞

TEL（　　－　　担当者　　）

記

被保険者氏名　A	（　　年　月　日生）				
健康保険・厚生年金保険の資格取得または喪失年月日(退職年月日)　B	取得　年　月　日	被保険者記号・番号・枝番（保険者番号及び保険者名称）C	記号	番号	枝番
			(保険者番号・保険者名称)		
	喪失　年　月　日（退職　年　月　日）	日本年金機構の事業所整理記号・被保険者整理番号　D	整理記号	整理番号	
		年金手帳の基礎年金番号　E	本　人		
			被扶養配偶者		

	氏　名	生　年　月　日	続　柄	被扶養者としての認定日・抹消日	退職以外のときの喪　失　理　由
被扶養者 F		年　月　日		認定　年　月　日 抹消　年　月　日	
		年　月　日		認定　年　月　日 抹消　年　月　日	
		年　月　日		認定　年　月　日 抹消　年　月　日	
		年　月　日		認定　年　月　日 抹消　年　月　日	
		年　月　日		認定　年　月　日 抹消　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。

2　(1)F欄の被扶養者欄は、被扶養者として認定または認定を抹消された場合に記入してください。
　　本人の資格取得または喪失の際に、被扶養者がある場合も必ず記入してください。
　　なお、被扶養者の異動だけの場合でもA,C,D,E,F欄は記入してください。
　(2)退職以外の理由のときの喪失理由も必ず記入してください。
　　なお、理由が次の場合は、番号（①、②）のみの記載で差し支えありません。
　　（例①　収入が被扶養者認定基準を上回ったため
　　（例②　被保険者本人が、後期高齢者医療制度の被保険者となったため）

3　事業所（または保険者等）の名称、代表者名については、ゴム印等にて押印してください。
　なお、ゴム印等がない場合は、代表者の押印をしてください。

4　保険者が全国健康保険協会（協会けんぽ）の場合、健康保険被保険者証の記号欄は被保険者証に記載された数字（７桁または８桁）で記入してください。また、日本年金機構の事業所整理記号・被保険者整理番号もあわせて記入願います。