

健康保険
厚生年金保険

資格取得・喪失証明書

天理市長宛

令和 年 月 日

☐被保険者 ☐取得
下記の者は、健康保険者の 資格を したことを証明します。
☐被扶養者 ☐喪失
(該当欄に✓をしてください。)

所在地
事業所名称
(または保険者等) 代表者 印
TEL (担当者)
記

被保険者氏名		(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)	取得日	被保険者 記号・番号・枝番 (保険者番号及び 保険者名称)	記号	番号	枝番
	年 月 日				
	喪失日		(保険者番号・保険者名称)		
	年 月 日				
	退職日 ※喪失日は退職日の翌日	基礎年金番号			
	年 月 日				

被 扶 養 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
		年 月 日		認定日： 年 月 日 抹消日： 年 月 日	☐ 就職・収入増 ☐ その他
		年 月 日		認定日： 年 月 日 抹消日： 年 月 日	☐ 就職・収入増 ☐ その他
		年 月 日		認定日： 年 月 日 抹消日： 年 月 日	☐ 就職・収入増 ☐ その他
		年 月 日		認定日： 年 月 日 抹消日： 年 月 日	☐ 就職・収入増 ☐ その他
		年 月 日		認定日： 年 月 日 抹消日： 年 月 日	☐ 就職・収入増 ☐ その他

- (記載上の注意)
- この証明は、必ず事業所または保険者が記載、押印してください。
 - ※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。
 - 被扶養者の異動のみの場合でも、被保険者欄を必ずご記入ください。