

健康保険資格等取得・喪失証明書

□下記の者は、健康保険等の被保険者の資格を喪失したことを証明します。

□認定

□下記の者は健康保険等の被扶養者として

されたことを証明します。

□認定を抹消

(該当□欄にレ印を記入してください。)

年 月 日

所在地
事業所名
代表者
TEL

印

記

被保険者氏名 住所	(年 月 日) 男・女					
	〒 TEL ()					
健康保険・厚生年金保険 資格取得又は 資格喪失年月日 及び退職年月日	取得	年 月 日	健康保険の 被保険者 記号・番号	記号	番号	
	喪失	年 月 日		保険者名 (保険者番号)		
	退職	年 月 日		()		
年金手帳の基礎年金番号	—					
被 扶 養 者	氏名	生年月日	性別	被扶養者として認定又は 抹消された日	退職以外の時の 抹消理由	年金手帳の 基礎年金番号
	配偶者	年 月 日	男・女	認定 抹消	年 月 日	
		年 月 日	男・女	認定 抹消	年 月 日	
		年 月 日	男・女	認定 抹消	年 月 日	
		年 月 日	男・女	認定 抹消	年 月 日	

(記載上の注意)

- 喪失年月日は退職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抹消された場合に必ず記入してください。
本人の資格喪失の際に、被扶養者がいる場合も必ず記入してください。
なお、被扶養者の異動のみの場合でも被保険者氏名等記入してください。
- 退職以外の理由の時の抹消理由も必ず記入してください。

【例】収入が被扶養者認定基準を上回ったため

〈記入例〉

被保険者氏名 住所	国保 太郎 (〇年 〇月 〇日) (男)・女					
	〒563-8666 大阪府池田市城南1-1-1 TEL (072-752-1111)					
健康保険・厚生年金保険 資格取得又は 資格喪失年月日 及び退職年月日	取得	年 月 日	健康保険の 被保険者 記号・番号	記号	番号	
	喪失	〇〇年11月1日		123 456789		
	退職	〇〇年10月31日		保険者名 (保険者番号) 〇×健康保険組合 (0123456)		
年金手帳の基礎年金番号	4123 — 123456					
被 扶 養 者	氏名	生年月日	性別	被扶養者として認定又は 抹消された日	退職以外の時の 抹消理由	年金手帳の 基礎年金番号
	配偶者 国保 花子	〇年〇月〇日	男・(女)	認定 抹消	〇〇年11月1日	
		年 月 日	男・女	認定 抹消	年 月 日	