

健康保険等被保険者資格取得・喪失証明書

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

年 月 日

事業所 所在地
 名 称
 代表者 ⑩
 TEL () 一 担当者

記

被保険者 ※2	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所			
	資格取得年月日	年 月 日	被保険者 記号・番号	
	資格喪失年月日 (退職年月日) ※1	(年 月 日)	保険者番号 (保険者名)	()
被扶養者 ※3	氏 名 (生年月日)	資格取得年月日	資格喪失年月日	退職以外の 喪失理由 ※4
	(年 月 日)	年 月 日	年 月 日	
	(年 月 日)	年 月 日	年 月 日	
	(年 月 日)	年 月 日	年 月 日	
	(年 月 日)	年 月 日	年 月 日	
	(年 月 日)	年 月 日	年 月 日	

- ※1 資格喪失年月日は、退職年月日の翌日になります。
 ※2 被扶養者のみの異動の場合も、資格喪失年月日(退職年月日)以外は記入してください。
 ※3 被扶養者の資格取得や資格喪失がある場合は、必ず記入してください。
 ※4 喪失理由が退職以外の場合は、その理由を記入してください。
 (例:「収入が被扶養者認定基準を超えたため」等)