|  |  |
| --- | --- |
| **健康保険****厚生年金** | **資格喪失（取得）証明書** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | フリガナ |  | 生年月日 | 　　　年　　　月　　 日 |
| 氏　名 |  |
| 住　所 |  |
| 健康保険・厚生年金保険資格取得または資格喪失年月日 | 取得 | 年　　月　　日 | 健康保険被保険者証保険者番号 |  |
| 喪失 | 年　　月　　日 | 記号・番号 |  |
| 退職 | 年　　月　　日 | 基礎年金番号 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | フリガナ | 生年月日 | 続柄 | 資格取得年月日 | 資格喪失事由 |
| 氏　　名 | 資格喪失年月日 |
| 被扶養者 |  | 年　　月　　日 |  | 年　　月　　日 | 1.退職2.被保険者死亡3.扶養基準収入超過4.その他 理由： |
| 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 |
| 年　　月　　日 |

　上記のとおり、相違ないことを証明します。

　　　　　年　　月　　日

　事業所　　　所在地

　　　　　　　名　称

　　　　　　　代表者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　電　話