

健康保険・厚生年金保険 資格取得・資格喪失 証明書

宇土市長 様

下記の者は、健康保険等の ☐ 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。

令和 年 月 日

【事業所】 所在地

名 称

代表者

連絡先

担当者()

印

被保険者氏名 (勤務する又はしていた人)				生年月日	昭和 平成	年	月	日
加入健康保険	記号・番号				保険者番号			
	保険者名	☐ 全国健康保険協会 熊本支部 ☐ 全国健康保険協会 () 支部 ☐ その他 []						
健康保険・厚生年金 等の資格取得・喪失 年月日	資格取得日	年	月	日	資格喪失日	年	月	日
					(退職の場合)	年	月	日退職
年金手帳の基礎年金番号					—			

被 扶 養 者				
氏 名	生年月日	続 柄	資格取得日	資格喪失日
	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

(記載上の注意)

- ① 被保険者本人の退職による資格喪失年月日は、退職した日の翌日となります。
- ② 本人の資格取得または喪失の際に、被扶養者がある場合は被扶養者についても必ず記入してください。
- ③ 被扶養者の資格取得・喪失日は、被扶養者として認定または認定を抹消された日を記入してください。