

健康保険 資格等 取得 証明書  
 厚生年金保険 喪失

被保険者	住所						
	氏名		性別	男 女	生年月日	昭 平 令	年 月 日
健康保険記号番号		記号		番号			
厚生年金保険記号番号							
保険証発行機関(保険者)							
資格取得日		昭 ・ 平 ・ 令                      年              月              日					
資格喪失日(退職の翌日)		昭 ・ 平 ・ 令                      年              月              日					
被扶養者	氏名	生年月日	続柄	取得年月日	喪失年月日		
		昭・平・令    .    .		昭・平・令    .    .	昭・平・令    .    .		
		昭・平・令    .    .		昭・平・令    .    .	昭・平・令    .    .		
		昭・平・令    .    .		昭・平・令    .    .	昭・平・令    .    .		
		昭・平・令    .    .		昭・平・令    .    .	昭・平・令    .    .		
		昭・平・令    .    .		昭・平・令    .    .	昭・平・令    .    .		

上記のとおり健康保険等の資格を取得・喪失したことを証明します。

令和    年    月    日

所在地  
 事業所 名称  
 代表者  
 電話番号                      (                      )

- ◆ 余市町の国民健康保険に加入する方は資格取得(喪失)後、14日以内に届出をしてください。
  - ◆ 被扶養者の欄は、被扶養者として認定または認定を抹消された場合、必ず記入してください。  
 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。
- ※なお、被扶養者の異動だけの場合でも、記入は必要になります。