

# 健康保険 厚生年金保険

## 資格等取得・喪失証明書

見  
本

下記の者は、健康保険等の被保険者の資格を

取得

したことを連絡します。

喪失

認定

認定を抹消

下記の者は、健康保険等の被扶養者として

されたことを連絡します。

(該当□欄に✓印を記入してください。)

年 月 日

所在地

事業所名

代表者

電話番号

事業所の所在地・事業所名・  
代表者名・電話番号を  
記入してください。

印

被扶養者がいる場合は  
チェックしてください。

押印してください。

記

被保険者氏名 住所 A	泉大津 太郎 (生年月日 昭和34年 2月 1日) 男・女							
	〒 595-8686 泉大津市東雲町9番12号							
健康保険・厚生年金保険 資格取得又は資格喪失 年月日(退職年月日) B	取得 平成 元 年 4 月 1 日	健康保険の保険者名 C	△ △健康保険組合					
	喪失 令和 2 年 4 月 1 日 (喪失日は退職日の翌日)	健康保険の保険者番号 C	○○○○○○					
	(退職 令和 2 年 3 月 31 日)	健康保険の被保険者証等 記号・番号・枝番 C	12345678・1234・00					
年金手帳の基礎年金番号 D	56789-12345							
E	氏名	生年月日	性別	続柄	枝番	被扶養者として認定又は 認定を抹消された日	退職以外の時の 抹消理由	年金手帳の 基礎年金番号
	泉大津 花子	昭和 36 年 5 月 1 日	女	妻	01	認定 抹消	年 月 日 令和 2 年 4 月 1 日	56781234・5678
太枠内をすべてご記入ください。								

(記載にあたってのお願い)

◎被扶養者欄は、被扶養者として認定又は認定を抹消された場合に記載してください。

◎被扶養者の異動だけの場合でも、A・C・E欄は必ず記載してください。