

健康保険・厚生年金保険資格取得・喪失証明書

下記のものの、健康保険・厚生年金保険の被保険者資格について証明します。

年 月 日

事業所所在地

事業所名

代表者

㊟

電話 () -

被保険者氏名				生年月日	年 月 日
被保険者住所					
資格取得年月日	年 月 日		資格喪失年月日	年 月 日	
健康保険被保険者証等 記号・番号 保険者名			基礎年金番号		
被 扶 養 者	氏 名	生 年 月 日	続柄	資格取得年月日	資格喪失年月日
		. .		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

記入上の注意

- ① 資格喪失年月日は健康保険の資格喪失年月日（死亡または退職した日の翌日）を記入してください。