

<記入例>

健康保険 資格等取得・喪失証明書

厚生年金保険

(該当口欄に✓印を記入してください。)

□下記の者は、健康保険等の被保険者の資格を 取得 喪失 したことを証明します。

□下記の者は、健康保険等の被扶養者として 認定 認定を抹消 されたことを証明します。

令和 1年 6月 1日

所在地 泉佐野市〇〇町〇〇番〇〇号
事業所名 有限会社 コッポちゃん
代表者 国保 太郎
TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

記

被保険者氏名	泉 佐野男 (昭・平・令 60年 4月 1日)男・女					
住所 A	〒 598 - 0005 大阪府泉佐野市市場東1-295-3 TEL(〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)					
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 令和 1年 5月 1日	健康保険の被保険者証等 記号・番号 被保険者番号及び被保険者名 C	記号 98765432 番号 001			
	喪失 令和 1年 6月 1日 (退職 令和 1年 5月 31日)		〇〇〇健康保険組合 〇〇〇支部 27099999			
年金手帳の基礎年金番号D	1234 — 567890					
被扶養者 E	氏名	生年月日	性別	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
	配偶者 泉 佐野子	大・昭 平・令 60年 5月 1日	男・女	認定 令和 年 月 日 抹消 令和 1年 6月 1日		1234 987654
	泉 佐野太	大・昭 平・令 1年 6月 1日	男・女	認定 令和 年 月 日 抹消 令和 1年 6月 1日		
	泉 佐野美	大・昭 平・令 2年 7月 1日	男・女	認定 令和 年 月 日 抹消 令和 1年 6月 1日		
		大・昭 平・令 年 月 日	男・女	認定 令和 年 月 日 抹消 令和 年 月 日		
		大・昭 平・令 年 月 日	男・女	認定 令和 年 月 日 抹消 令和 年 月 日		
		大・昭 平・令 年 月 日	男・女	認定 令和 年 月 日 抹消 令和 年 月 日		
		大・昭 平・令 年 月 日	男・女	認定 令和 年 月 日 抹消 令和 年 月 日		

(記載上の注意)

- B欄の喪失年月日は退職年月日の翌日となります。
- E欄の被扶養者欄は、被扶養者として認定又は認定を抹消された場合に必ず記入してください。
本人の資格喪失の際に、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A、C、D、E欄は必ず記入してください。
- 退職以外の理由の時の抹消理由も必ず記入してください。(例 収入が被扶養者認定基準を上回ったため)