

事業主の皆様へ

国民健康保険・国民年金 資格得喪のため下記の方の証明書発行をお願いします。

届出はお住まいの市区町村です

## 健康保険資格等取得・喪失証明書

□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・ □認定抹消 ) されたことを証明します。  
(該当□にレ印をしてください。)

令和 年 月 日

所在地

事業所名

代表者

TEL

印

### 記

被保険者氏名	(昭・平 年 月 日)男・女				
住所 A	TEL( )				
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 年 月 日	健康保険 被保険者			
	喪失 令和 年 月 日	記号・番号			
	(退職 令和 年 月 日)	基礎年金番号 C			
被扶養者 D	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
		昭・平・ 令 年 月 日	男・女	認定 抹消 令和 年 月 日	
		昭・平・ 令 年 月 日	男・女	認定 抹消 令和 年 月 日	
		昭・平・ 令 年 月 日	男・女	認定 抹消 令和 年 月 日	
		昭・平・ 令 年 月 日	男・女	認定 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。
- D欄の被保険者欄は、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欄は記入してください。
- 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)

<記入例>

被保険者氏名	国保 太郎 (明・大・ <b>昭</b> 47年 1月 1日男・女)				
住所 A	多久市北多久町大字小侍7番地1 TEL( 0952-75-2111 )				
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 〇年 〇月 〇日	健康保険 被保険者	12345・678・00		
	喪失 令和 ×年 ×月 ×日	記号・番号			
	(退職 令和 △年 △月 △日)	基礎年金番号 C	1234-567891		
被扶養者 D	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
	国保花子	昭・平・ <b>昭</b> 〇年 〇月 〇日	男・女	認定 抹消 令和 ◇年 ◇月 ◇日	収入超過のため
		昭・平・ 令 年 月 日	男・女	認定 抹消 令和 年 月 日	
		昭・平・ 令 年 月 日	男・女	認定 抹消 令和 年 月 日	