

# 健康保険・厚生年金保険 資格（取得・喪失）証明書

## (1) 被保険者（本人）

必ず事業主がご記入ください。

|                |   |  |          |   |  |
|----------------|---|--|----------|---|--|
| 住 所            | 菊池市   |  | 番地       |   |  |
| 氏 名            |   |  | 生年<br>月日 |   |  |
| 健康保険の<br>記号・番号 | 記号  |  | 番号       |   |  |
| 基礎年金番号         | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |  | —        | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |  |
| 保 険 者          | 番号  |  | 名称       |   |  |
| 取 得 ・ 喪 失      | 年   |  | 月        | 日   |  |

※ 喪失日・・・退職日の翌日  
任意継続の場合は任意継続終了の翌日

## (2) 被扶養者（家族）

|     |     |          |       |         |       |
|-----|-----|----------|-------|---------|-------|
| 住 所 | 菊池市 |          | 番地    |         |       |
| 氏 名 |     | 生年<br>月日 | 年 月 日 | 取 得 喪 失 | 年 月 日 |
| 氏 名 |     | 生年<br>月日 | 年 月 日 | 取 得 喪 失 | 年 月 日 |
| 氏 名 |     | 生年<br>月日 | 年 月 日 | 取 得 喪 失 | 年 月 日 |
| 氏 名 |     | 生年<br>月日 | 年 月 日 | 取 得 喪 失 | 年 月 日 |
| 氏 名 |     | 生年<br>月日 | 年 月 日 | 取 得 喪 失 | 年 月 日 |

上記のとおり（取得・喪失）したことを証明する。

令和 年 月 日

住 所

事業主 氏 名

印

T E L

菊池市長様

(記載上の注意)  
 「(2)被扶養者（家族）」欄は、被扶養者として認定または、認定を抹消された場合に記入してください。  
 本人の資格取得又は資格喪失の際に、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、「(1)被保険者（本人）」欄は必ず記入してください。

# 記入例

## 健康保険・厚生年金保険 資格（取得・喪失）証明書

### (1) 被保険者（本人）

必ず事業主がご記入ください。

|            |                       |    |               |
|------------|-----------------------|----|---------------|
| 住所         | 菊池市 限府1234            |    | 番地            |
| 氏名         | 菊池太郎                  |    | 生年月日 平成3年2月1日 |
| 健康保険の記号・番号 | 記号 0123456            | 番号 | 0123          |
| 基礎年金番号     | 7 8 5 0 — 1 2 3 4 5 6 |    |               |
| 保険者        | 番号 01430016           | 名称 | 全国健康保険協会熊本支部  |
| 取得・喪失      | 令和 2 年 2 月 1 日        |    |               |

※ 喪失日・・・退職日の翌日

任意継続の場合は任意継続終了の翌日

令和2年1月31日退職の場合

### (2) 被扶養者（家族）

|    |            |               |               |
|----|------------|---------------|---------------|
| 住所 | 菊池市 限府1234 |               | 番地            |
| 氏名 | 菊池花子       | 生年月日 平成3年2月1日 | 取得喪失 令和元年5月1日 |
| 氏名 |            | 生年月日 年 月 日    | 取得喪失 年 月 日    |
| 氏名 |            | 生年月日 年 月 日    | 取得喪失 年 月 日    |
| 氏名 |            | 生年月日 年 月 日    | 取得喪失 年 月 日    |
| 氏名 |            | 生年月日 年 月 日    | 取得喪失 年 月 日    |

上記のとおり（取得・喪失）したことを証明する。

令和 2 年 1 月 1 日

住所 熊本県菊池市限府〇〇〇

事業主 氏名 〇〇商会 代表 〇田〇男 印

TEL 0968-××-××××

菊池市長様

（記載上の注意）

「(2)被扶養者（家族）」欄は、被扶養者として認定または、認定を抹消された場合に記入してください。

本人の資格取得又は資格喪失の際に、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、「(1)被保険者（本人）」欄は必ず記入してください。