

健康保険 資格 取得 証明書  
厚生年金保険 資格 喪失

令和 年 月 日

## 神戸市 区長宛

下記の者は、健康保険の 被保険者の資格を 取得  
厚生年金保険の 被扶養者の資格を 喪失 していることを証明します。

保険者  
または  
事業主

所在地

名称

代表者

TEL ( - 担当者 )

記

保険者名	(全国健康保険協会・健康保険組合・国保組合などの名称)						
保険者番号	被保険者証記号	被保険者証番号					
被保険者住所	神戸市						
被扶養者氏名	被保険者との続柄	基礎年金番号 [被保険者・配偶者のみ]	資格取得年月日 <input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 喪失 (退職年月日[被保険者のみ])	喪失理由			
生年月日							
被保険者	昭和 平成 令和	年 月 日	本人	—	平成 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度へ加入 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	昭和 平成 令和	年 月 日		—	平成 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 被保険者喪失 <input type="checkbox"/> 収入要件 <input type="checkbox"/> その他 ( )
被扶養者	昭和 平成 令和	年 月 日		—	平成 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 被保険者喪失 <input type="checkbox"/> 収入要件 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	昭和 平成 令和	年 月 日		—	平成 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 被保険者喪失 <input type="checkbox"/> 収入要件 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	昭和 平成 令和	年 月 日		—	平成 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 被保険者喪失 <input type="checkbox"/> 収入要件 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	昭和 平成 令和	年 月 日		—	平成 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 被保険者喪失 <input type="checkbox"/> 収入要件 <input type="checkbox"/> その他 ( )

(注意) ①被保険者本人の資格喪失年月日は、会社等を退職した日の翌日です。(任意継続被保険者を除く。)

②被扶養者の資格取得年月日は、扶養認定日です。

③被保険者及び国民健康保険の資格を取得または喪失する被扶養者全員の項目を必ず記入してください。

また、被扶養者の異動のみの場合でも、被保険者欄(資格取得・喪失年月日を除く。)は記入してください。

④保険者または事業主の名称・代表者名については、ゴム印等にて押印してください。