

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□取得していることを証明します。  
厚生年金保険の□被扶養者の資格を□喪失保険者  
または  
事業主

所在地

名称

代表者

印

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 被扶養者	住所	神戸市 区 町 丁目 番号 方					
被保険者 被扶養者	氏名	被保険者との 続柄	性別	基礎年金番号 [被保険者・配偶者のみ]	資格 □取得 □喪失 年月日 (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	本人	男	—	平成 令和	年月日	□退職 □後期高齢者医療 制度へ加入 □その他 ( )
	年月日		女			(退職 平成 令和	年月日)
被 扶 養 者	昭和 平成 令和	男	—		平成 令和	年月日	□被保険者喪失 □収入要件 □その他 ( )
	年月日	女					
	昭和 平成 令和	男	—		平成 令和	年月日	□被保険者喪失 □収入要件 □その他 ( )
	年月日	女					
	昭和 平成 令和	男	—		平成 令和	年月日	□被保険者喪失 □収入要件 □その他 ( )
	年月日	女					
	昭和 平成 令和	男	—		平成 令和	年月日	□被保険者喪失 □収入要件 □その他 ( )
	年月日	女					

(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。