

健康保険資格 取得・喪失 証明書

被保険者本人	資格確認書の保有の有無	有・無 (マイナ保険証有)				
	住 所					
	氏 名			性別	男・女	
	生 年 月 日	年 月 日				
	保 険 者 名	全国協会けんぽ○○支部・○○健康保険組合・共済組合等				
	保 険 者 番 号					
	事 業 所 名 称					
	被保険者証記号		番 号		枝 番	
	資格取得年月日	年 月 日				
	資格喪失年月日 ※退職日の翌日	年 月 日				
基 础 年 金 番 号						
被扶養者	氏 名	続柄	資格確認書 発行の有無	認定 年月日	削除年月日	
	年 月 日生		有・無	年 月 日	年 月 日	
	年 月 日生		有・無	年 月 日	年 月 日	
	年 月 日生		有・無	年 月 日	年 月 日	
	年 月 日生		有・無	年 月 日	年 月 日	

◎資格喪失年月日は退職日の翌日です。

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

事業所または保険者 住所

名称 印

○ 国民健康保険および国民年金の資格取得・喪失届に必要ですのでご協力お願いします。