

健康保険 資格取得証明書
厚生年金保険 喪失

※事業所の方へ※ 保険証の保険者番号・記号・番号は必ず記入してください。

| | | | | | |
|--|--------|----|-----|------------|---------------|
| 健康保険 | 保険者番号 | | | 基礎年金 番号 | |
| | 記号 | 番号 | | | |
| 被保険者氏名 | | | 取得日 | 年 月 日 | 取得喪失理由 |
| | | | 退職日 | 年 月 日 | |
| | | | 喪失日 | 年 月 日 | |
| 住 所 | 電話 () | | | | |
| 被 扶 養 者 | 氏 名 | | 続柄 | 取得又は喪失年月日 | 備考(取得又は喪失の理由) |
| | 1 | | | 年 月 日 | |
| | 2 | | | 年 月 日 | |
| | 3 | | | 年 月 日 | |
| | 4 | | | 年 月 日 | |
| | 5 | | | 年 月 日 | |
| <p>※ 退職又は死亡の場合、喪失年月日は原則としてその翌日になります。 (例：3月31日退職→4月1日喪失)</p> <p>備 考</p> | | | | | |

法律により、この届出は14日以内に行ってください。

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

所在地

保険者(事業所)名 称

代表者名

電 話 ()