

社会保険・厚生年金保険等 資格取得・喪失証明書

被保険者	住所			
	氏名		生年月日	年 月 日
	保険者名 (保険証の発行元)		基礎年金番号	—
	健康保険証記号番号	記号	番号	

被保険者 (本人)	資格取得年月日	年 月 日	取得
	(任意継続開始)	年 月 日	開始
	資格喪失年月日	年 月 日	喪失
	(任意継続終了)	年 月 日	喪失

(退職の翌日が「喪失日」となります。)

被扶養者 (家族)	①	氏名		続柄		生年月日	年 月 日
		資格取得・喪失年月日	年 月 日	取得 喪失	理由	<input type="checkbox"/> 被保険者の後期高齢者医療加入にともなうもの <input type="checkbox"/> その他	
	②	氏名		続柄		生年月日	年 月 日
		資格取得・喪失年月日	年 月 日	取得 喪失	理由	<input type="checkbox"/> 被保険者の後期高齢者医療加入にともなうもの <input type="checkbox"/> その他	
	③	氏名		続柄		生年月日	年 月 日
		資格取得・喪失年月日	年 月 日	取得 喪失	理由	<input type="checkbox"/> 被保険者の後期高齢者医療加入にともなうもの <input type="checkbox"/> その他	
	④	氏名		続柄		生年月日	年 月 日
		資格取得・喪失年月日	年 月 日	取得 喪失	理由	<input type="checkbox"/> 被保険者の後期高齢者医療加入にともなうもの <input type="checkbox"/> その他	
	⑤	氏名		続柄		生年月日	年 月 日
		資格取得・喪失年月日	年 月 日	取得 喪失	理由	<input type="checkbox"/> 被保険者の後期高齢者医療加入にともなうもの <input type="checkbox"/> その他	

上記のとおり証明します。

年 月 日

証明者 事業所所在地
事業所名称
代表者氏名

