

《必ず事業所または事業主の方が記入してください。》

## 記入例

### 健康保険・厚生年金保険 資格等取得（喪失）証明書

☐ 下記の者は、健康保険・厚生年金保険の被保険者資格を ☐ 取得（☒ 喪失）したことを証明します。

☐ 下記の者は、健康保険の被扶養者として ☐ 認定（☒ 認定を抹消）されたことを証明します。

〔該当する ☐ に ☒ を付けてください。〕

令和 ○年 ○○月 ○○日

証明をする事業所等で  
すべての項目を記入し  
てください。

所在地 岐阜県羽島郡笠松町司町1番地

事業所 名称 株式会社 ○○○○○

代表者 笠松 太郎

Tel ○○○ - ○○○ - ○○○○ 担当者 笠松

印

|                  |                                                                                            |                                                                                                                                    |                                      |                    |                  |     |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------|------------------|-----|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 氏 名                                                                                        | 松枝 一郎                                                                                                                              | 生年月日                                 | 昭・平・令 50年 1月 1日    | 性別               | 男・女 |
|                  | 住 所                                                                                        | 岐阜県羽島郡笠松町 長池○○○番地（○○アパート ○○号室）                                                                                                     |                                      |                    |                  |     |
|                  | 健康保険・厚生年金保険の被保険者<br>資格の取得（喪失（退職））年月日                                                       | 取得 令和 2年 4月 1日                                                                                                                     | 喪失 令和 3年 10月 1日<br>（退職 令和 3年 9月 30日） |                    |                  |     |
|                  | 健康保険被保険者記号・番号                                                                              | 記号 ○○○○○                                                                                                                           | 番号 ○○○                               |                    |                  |     |
|                  | 保 険 者 名<br>〔該当する <input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください。〕 | <input checked="" type="checkbox"/> 全国健康保険協会 岐阜 支部<br><input type="checkbox"/> 健康保険組合<br><input type="checkbox"/> 上記以外の健保・組合（名称： ） |                                      |                    |                  |     |
|                  | 基 礎 年 金 番 号                                                                                | ○○○○-○○○○○○                                                                                                                        |                                      |                    |                  |     |
| 被<br>扶<br>養<br>者 | 氏 名                                                                                        | 生 年 月 日                                                                                                                            | 続柄                                   | 被扶養者の認定（認定抹消）年月日   | 被保険者退職以外のときの抹消理由 |     |
|                  | 松枝 花子                                                                                      | 昭・平・令 50年 3月 1日                                                                                                                    | 妻                                    | 認定・抹消 令和 3年 10月 1日 |                  |     |
|                  | 松枝 二郎                                                                                      | 昭・平・令 20年 6月 1日                                                                                                                    | 子                                    | 認定・抹消 令和 3年 10月 1日 |                  |     |
|                  |                                                                                            | 昭・平・令 年 月 日                                                                                                                        |                                      | 認定・抹消 令和 年 月 日     |                  |     |
|                  |                                                                                            | 昭・平・令 年 月 日                                                                                                                        |                                      | 認定・抹消 令和 年 月 日     |                  |     |

#### 〔記入上の注意〕

- 保険者の欄の「資格の喪失年月日」は、「退職年月日」の翌日を記入してください。
- 被扶養者がある場合は被扶養者の欄も記入してください。
- 被扶養者のみの認定（認定抹消）があったときは、被保険者の欄も記入してください。
- 被扶養者の欄の「被保険者退職以外のときの抹消理由」は、被保険者の退職以外の認定抹消理由がある場合に記入してください。（例：被扶養者認定基準を上回る収入、被扶養者の就職 等）