

健康保険等資格 取得・喪失 証明書 被扶養者 認定・抹消

年 月 日

(記入上の注意)
この証明書は、国民健康保険・国民年金へ加入するために必要な書類ですので、証明者が各欄を漏れなく記載のうえ、本人にお渡しください。

所在地
証明者 名称
代表者
電話番号



次のとおり証明します。

本人欄	保 險 種 別	1 全国健康保険協会管掌健康保険(協会けんぽ) 2 組合管掌健康保険 3 共済組合 4 船員保険 5 国民健康保険組合									
	被保険者 又は 組合員	住 所 氏 名	基山町								
			生年月日	年 月 日			性別	男・女			
	保険者名・保険者番号		名称			番号					
	被保険者証の記号・番号		記号	番号		健康保険等 資格取得年月日 資格喪失年月日 (退職の場合は退職年月日)		【取得】	年	月	日
	基礎年金番号						【喪失】	年	月	日	
	喪失理由		1 退職 2 任意継続の期間満了 3 被保険者が後期高齢者医療へ加入 4 その他()								

被扶養者欄	氏 名	生年月日	続柄	被扶養者として認定又は認定を抹消された日	退職時以外の抹消理由	基礎年金番号
			年 月 日		認 定 年 月 日 抹 消 年 月 日	
		年 月 日		認 定 年 月 日 抹 消 年 月 日		
		年 月 日		認 定 年 月 日 抹 消 年 月 日		
		年 月 日		認 定 年 月 日 抹 消 年 月 日		
		年 月 日		認 定 年 月 日 抹 消 年 月 日		

- ※1 この証明書は、健保・共済・国保組合の理事長か事業主又は年金事務所長、全国健康保険協会支部長が証明してください。
- ※2 この証明書は、被保険者又は組合員並びに被扶養者の資格を取得・喪失・認定・抹消した者について記入してください。
- ※3 資格取得・喪失欄・資格認定・抹消欄は日付を必ず記入してください。
- ※4 退職の場合は、退職の翌日が資格喪失日になります。
- ※5 退職以外の時の抹消理由も記入してください。(例、収入が被扶養者認定基準を上回ったため等)
- ※6 続柄欄は被保険者又は組合員との続柄を記入してください。