健康保険・厚生年金　資格等（取得・喪失）証明書

下記の者は、健康保険等の□被保険者 □被扶養者 として □取得 □喪失 されたことを連絡します。

（該当欄にレをしてください。）

年　　月　　日

事業所　所在地

事業所名

代表者名　　印

TEL

記

(A) 被保険者氏名 生年月日 住所	氏名 昭・平・令　　年　　月　　日生		
	住所		
(B) 健康保険・厚生年金等 資格取得または退職年月日	取得日 年　　月　　日	(C) 被保険者証記号・番号・枝番 保険者番号	
		記号 番号　　枝番	
		保険者番号	
	喪失日　　年　　月　　日 （退職日　　年　　月　　日）	(D) 基礎年金番号	

	氏　　名	生　年　月　日	続柄	被扶養者として認定または喪失された日	退職以外の喪失理由
(E) 被 扶 養 者				年　月　日	
				年　月　日	
				年　月　日	
				年　月　日	

（記載上の注意）

1. E 欄の被扶養者欄は、被扶養者として認定または喪失された場合に記入して下さい。
   本人の資格取得または資格喪失の際に、被扶養者がある場合も必ず記入して下さい。
   なお、被扶養者の異動だけの場合でも A,B,C,D,E 欄を記入して下さい。