

健康保険  
厚生年金保険  
資格取得・喪失証明書

健康保険・厚生年金保険のうち、資格を失ったものにチェックを入れて下さい。

下記の者は、健康保険等の

被保険者  
被扶養者  
の資格を  
取得  
喪失  
したことを証明します。

被保険者(事業所でお勤めの方)及び被扶養者(事業所でお勤めの方が扶養している方)のうち、資格を喪失した方にチェックを入れて下さい。

年 月 日

所在地 川俣町字五百田30番地  
事業所 株式会社 川俣商事  
代表者 代表取締役 川俣 太郎  
電話番号  
担当者名：川俣 花子



記

被保険者(事業所でお勤めの方)の方の情報を記載してください。  
また、資格喪失日は退職日の翌日になります。

|                  |                                |             |               |                        |   |   |  |
|------------------|--------------------------------|-------------|---------------|------------------------|---|---|--|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 氏名                             | 川俣 軍鶏男      |               | 生年月日                   | 昭和61年 11月 11日   |   |  |
|                  | 住所                             | 川俣町字樋ノ口12番地 |               |                        |   |   |  |
|                  | 健康保険証<br>記号・番号                 | 記号          | 12345         | 番号                     | 678   |   |  |
|                  | 被保険者名<br>被保険者番号                | 被保険者名       | 全国〇×保険協会      |                        | 被保険者番号  | 0987  |  |
|                  | 基礎年金番号                         | 1234-567890 |               |                        |   |   |  |
|                  | 資格取得日                          | 年 月 日       |               |                        |   |   |  |
| 資格喪失日<br>(退職日)   | 令和6年 1月 1日 (退職日： 令和5年 12月 31日) |             |               |                        |   |   |  |
| 被<br>扶<br>養<br>者 | 氏名                             | 続柄          | 生年月日          | 認定・喪失年月日               | 喪失理由<br>(退職以外)  |   |  |
|                  | 川俣 絹子                          | 妻           | 平成 2年 6月 6日   | 令和6年 1月 1日<br>認定<br>喪失 | <input type="checkbox"/> 就職・収入増<br><input type="checkbox"/> その他 |   |  |
|                  | 川俣 軍鶏美                         | 子           | 平成31年 3月 7日   | 令和6年 1月 1日<br>認定<br>喪失 | <input type="checkbox"/> 就職・収入増<br><input type="checkbox"/> その他 |   |  |
|                  | 川俣 絹也                          | 子           | 令和 2年 12月 15日 | 令和6年 1月 1日<br>認定<br>喪失 | <input type="checkbox"/> 就職・収入増<br><input type="checkbox"/> その他 |   |  |
|                  |                                |             | 年 月 日         | 年 月 日                  | 認定<br>喪失  | <input type="checkbox"/> 就職・収入増<br><input type="checkbox"/> その他 |  |
|                  |                                |             | 年 月 日         | 年 月 日                  | 認定<br>喪失  | <input type="checkbox"/> 就職・収入増<br><input type="checkbox"/> その他 |  |
|                  |                                | 年 月 日       | 年 月 日         | 認定<br>喪失               | <input type="checkbox"/> 就職・収入増<br><input type="checkbox"/> その他 |   |  |

被扶養者(事業所でお勤めの方が扶養している方)の方の情報を記載してください。  
また、資格喪失日は被保険者が退職した場合は退職日の翌日、被扶養者の方の所得が増えた等の理由の場合は、扶養ではなくなった日を記載してください。

**資格喪失証明書は、勤めていた事業所が作成するものです。  
事業所の労務担当者等へ作成を依頼してください。**

(注)

- ・ この証明書は、必ず事業所または保険者が記載、押印してください。
- ・ 被保険者の資格喪失日は、退職日の翌日となります。
- ・ 本人の資格喪失時または資格取得時に被扶養者がいる場合は、被扶養者欄も必ずご記入ください。
- ・ 被扶養者の異動のみの場合でも、被保険者欄を必ずご記入ください。