健康保険（共済組合）取得／喪失　証明書　兼　届出書

取得、喪失のどちらかを○で囲んでください。

就職者 退職者 （被保険者） A	氏名	年　月　日生				
	住所	〒　－				
健康保険（共済組合）等の資格取得または喪失年月日 B	取得	年　月　日	健保・共済の保険証記号番号枝番 （保険者番号及び保険者名） C	（　　）		
	喪失	年　月　日				
	退職	年　月　日	厚生年金保険の記号番号　D			

被扶養者 E	枝番	氏名	生年月日	続柄	被扶養者として認定または認定を除外された日	退職以外のときの喪失理由
			年　月　日		年　月　日	
			年　月　日		年　月　日	
			年　月　日		年　月　日	
			年　月　日		年　月　日	

上記のとおり相違ありません。

事業所所在地

年　月　日　　名　　称

電 話 番 号　　－　　－

お届けはお早めに！（１４日以内にお届けください）

記載上の注意

１．**Ｂ欄の喪失年月日は退職年月日の翌日となります。**

２．Ｅ欄の被扶養者欄は、被扶養者として認定・除外された場合に記入してください。
本人の取得または喪失に伴う被扶養者の認定または除外があった場合も必ず記入してください。
なお、被扶養者の異動だけの場合もＢ欄以外はすべて記入してください。また、退職以外のときの喪失理由は必ず記入してください。
（例、収入が被扶養者認定基準を上回ったため等）

●証明書の用紙が必要な場合は最寄りの市町村へご連絡ください。
（証明書はコピーでもかまいません。）
●照会先は　国民健康保険…市町村国民健康保険担当課または国民健康保険組合
国民年金…市町村国民年金担当課