

健康保険
厚生年金保険

資格取得・資格喪失 証明書

1. 被保険者（被保険者であった者）について記入する欄

フリガナ				生年月日	西暦	年	月	日		
氏名	⑩									
現住所	〒									
基礎年金番号										
保険者番号 (協会けんぽ沖縄)	01470012		事業所記号・被保険者番号							
取得年月日 (入社日)	西暦		喪失年月日		西暦		年		月	日
	年		日 (退職日)		西暦		年		月	日

2. 被扶養者（被扶養者であった者）について記入する欄

氏名	生年月日	続柄	認定年月日	解除又は喪失年月日
	西暦		西暦	西暦
	年		年	年
	月		月	月
	日		日	日
	西暦		西暦	西暦
	年		年	年
	月		月	月
	日		日	日
	西暦		西暦	西暦
	年		年	年
	月		月	月
	日		日	日
	西暦		西暦	西暦
	年		年	年
	月		月	月
	日		日	日

年 月 日

事業所名称

所在地

代表者名

⑩

電話番号

- * 市町村に、国民年金に資格取得の届出のときに、**この喪失証明書**、年金手帳・印鑑等をご持参のうえ提出してください。
- * 健康保険に加入するには、退職前の健康保険に加入する健康保険の**任意継続**と市町村が行う**国民健康保険**を選ぶことができますので、両者の違い等を確認してください。
- * **国民健康保険**の資格取得の届出のときに、**この喪失証明書**、印鑑・身分確認できるもの（運転免許証等）等を持参のうえ、提出してください。
なお、家族が国民健康保険に加入している場合は、その方の国民健康保険被保険者証も提出してください。