

健康保険 資格 取得 証明書
厚生年金保険 資格 喪失

令和 年 月 日

神戸市 区長宛

下記の者は、健康保険の 被保険者 の資格を 取得 していることを証明します。
厚生年金保険 被扶養者 の資格を 喪失保険者
または
事業主

所在地

名称

代表者

TEL (- 担当者)

記

保険者名	(全国健康保険協会・健康保険組合・ 国保組合などの名称)										
保険者番号		被保険者証 記号		被保険者証 番号							
被保険者 被扶養者	住所	神戸市									
被保険者 被扶養者	氏名	被保険者 との続柄	基礎年金番号 [被保険者・配偶者のみ]	資格 <input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 喪失	喪失理由						
生	年	月	日	年月日 (退職年月日[被保険者のみ])							
被 保 険 者	昭和 平成 令和	年	月	日	本人	—	平成 令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 制度へ加入 <input type="checkbox"/> その他 ()
	昭和 平成 令和	年	月	日			平成 令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 被保険者喪失 <input type="checkbox"/> 収入要件 <input type="checkbox"/> その他 ()
被 扶 養 者	昭和 平成 令和	年	月	日			平成 令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 被保険者喪失 <input type="checkbox"/> 収入要件 <input type="checkbox"/> その他 ()
	昭和 平成 令和	年	月	日			平成 令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 被保険者喪失 <input type="checkbox"/> 収入要件 <input type="checkbox"/> その他 ()
	昭和 平成 令和	年	月	日			平成 令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 被保険者喪失 <input type="checkbox"/> 収入要件 <input type="checkbox"/> その他 ()
	昭和 平成 令和	年	月	日			平成 令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 被保険者喪失 <input type="checkbox"/> 収入要件 <input type="checkbox"/> その他 ()

(注意) ①被保険者本人の資格喪失年月日は、会社等を退職した日の翌日です。(任意継続被保険者を除く。)

②被扶養者の資格取得年月日は、扶養認定日です。

③被保険者及び国民健康保険の資格を取得または喪失する被扶養者全員の項目を必ず記入してください。

また、被扶養者の異動のみの場合でも、被保険者欄(資格取得・喪失年月日を除く。)は記入してください。

④保険者または事業主の名称・代表者名については、ゴム印等にて押印してください。

■この証明書は、新たに国民健康保険に加入するときや、国民年金第1号被保険者の資格を取得するとき、また、今まで加入していた国民健康保険をやめるときに必要ですので、事業所（健康保険等の保険者）において、証明を受けてください。

*国民年金第1号被保険者の資格喪失については、厚生年金保険に加入すれば、年金事務所から市（区）町村へ連絡がありますので、ご本人が届出をする必要はありません。

なお、この証明書は異動のあった日から14日以内に住所地の区役所・支所の国保の窓口へ届出をしてください。

●健康保険等の保険者または事業主の記入例

神戸市提出用					
健康保険 資格得喪証明書 厚生年金保険					
令和3年6月1日					
神戸市 東灘 区長宛					
下記の者は、健康保険の <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 の資格を <input type="checkbox"/> 取得 <input checked="" type="checkbox"/> 喪失 していることを証明します。 厚生年金保険 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者					
保険者 または 事業主	所在地 神戸市中央区加納町6丁目5 名称 神戸ポートKK 代表者 国保 一郎 TEL (123 - 4567 担当者 加納)				
記					
保険者名 (王国健康保険協会・健康保険組合・国保組合などの名称)	全国健康保険協会 兵庫支部				
保険者番号	01280015	被保険者証記号	11010203	被保険者証番号	123456
被保険者住所	神戸市 東灘区 住吉東町 9丁目 8番 7号				
被扶養者氏名	被保険者 との続柄	基礎年金番号 [被保険者・配偶者のみ]	資格取得年月日 <input type="checkbox"/> 取得 <input checked="" type="checkbox"/> 喪失 (退職年月日[被保険者のみ])	喪失理由	
被保険者 神戸 太郎 昭和 平成 令和 28年 12月 10日	本人	4 3 2 1 - 1 2 3 4 5 6	平成 令和 3年 4月 1日 (退職 平成 令和 3年 3月 31日)	<input checked="" type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 制度へ加入 <input type="checkbox"/> その他 ()	
被扶養者 神戸 花子 昭和 平成 令和 28年 7月 14日	妻	3 2 1 0 - 2 3 4 5 6 7	平成 令和 3年 4月 1日	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者喪失 <input type="checkbox"/> 収入要件 <input type="checkbox"/> その他 ()	
被扶養者 昭和 平成 令和 年 月 日				<input type="checkbox"/> 被保険者喪失 要件 也 ()	
被扶養者 昭和 平成 令和 年 月 日			平成 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 被保険者喪失 <input type="checkbox"/> 収入要件 <input type="checkbox"/> その他 ()	

(注意) ①被保険者本人の資格喪失年月日は、会社等を退職した日の翌日です。(任意継続被保険者を除く。)
②被扶養者の資格取得年月日は、扶養認定日です。
③被保険者及び国民健康保険の資格を取得または喪失する被扶養者全員の項目を必ず記入してください。
また、被扶養者の異動のみの場合でも、被保険者欄(資格取得・喪失年月日を除く。)は記入してください。
④保険者または事業主の名称・代表者名については、ゴム印等にて押印してください。

ゴム印等にて押印してください。
※署名の場合、内容確認のため問い合わせをする場合があります

被保険者証「記号・番号」の記載が必要です

健康保険組合が証明する場合、基礎年金番号の記載は不要です