資格 取得・喪失 証明書

被 保 険 者	氏 名					
	住 所					
	生 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	性 別	男・女		
	保 険 種 類		社会保険・健保組合・国保組合・日雇保険 共済組合（市町村・国家公務員・防衛省・公立学校・私学学校）・船員保険			
	記 号 番 号		記号		番号	
	資格 取得・喪失 年月日		資格取得：昭・平・令 年 月 日		資格喪失：昭・平・令 年 月 日	
*注 退職の場合は、退職日の翌日が資格喪失日となります。						
被 扶 養 者	被扶養者氏名	性別	生 年 月 日	資格 取得・喪失 年月日		
		男・女	昭・平・令 年 月 日	取得日 昭・平・令 年 月 日	喪失日 平・令 年 月 日	
		男・女	昭・平・令 年 月 日	取得日 昭・平・令 年 月 日	喪失日 平・令 年 月 日	
		男・女	昭・平・令 年 月 日	取得日 昭・平・令 年 月 日	喪失日 平・令 年 月 日	
		男・女	昭・平・令 年 月 日	取得日 昭・平・令 年 月 日	喪失日 平・令 年 月 日	
		男・女	昭・平・令 年 月 日	取得日 昭・平・令 年 月 日	喪失日 平・令 年 月 日	
		男・女	昭・平・令 年 月 日	取得日 昭・平・令 年 月 日	喪失日 平・令 年 月 日	
		男・女	昭・平・令 年 月 日	取得日 昭・平・令 年 月 日	喪失日 平・令 年 月 日	
健保（国保）組合名・社会保険事務所名						
健保（国保）組合・社会保険者番号						
備 考						

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

事業所所在地

事業所名

印

(TEL — —)

資格 取得・喪失 証明書（記載例）

被 保 険 者	氏 名	恵庭 太郎		
	住 所	恵庭市京町1番地		
	生 年 月 日	昭・平・令 XX年 X月 XX日	性 別	男・女
	保 険 種 類	社会保険・健保組合・国保組合・日雇保険 共済組合（市町村・国家公務員・防衛省・公立学校・私学学校）・船員保険		
	記 号 番 号	記号 新札 XXX	番号 XXX	
	資 格 取 得・喪 失 年 月 日	資格取得：昭・平・令 XX年 X月 XX日 資格喪失：昭・平・令 XX年 X月 XX日 *注 退職の場合は、退職日の翌日が資格喪失日となります。		
被 扶 養 者	被扶養者氏名	性 別	生 年 月 日	資 格 取 得・喪 失 年 月 日
	恵庭 花子	男・女	昭・平・令 XX年 X月 XX日	取得日 昭・平・令 XX年 X月 XX日 喪失日 平・令 XX年 XX月 XX日
	恵庭 健太	男・女	昭・平・令 XX年 X月 XX日	取得日 昭・平・令 XX年 X月 XX日 喪失日 平・令 XX年 XX月 XX日
		男・女	昭・平・令 年 月 日	取得日 昭・平・令 年 月 日 喪失日 平・令 年 月 日
		男・女	昭・平・令 年 月 日	取得日 昭・平・令 年 月 日 喪失日 平・令 年 月 日
		男・女	昭・平・令 年 月 日	取得日 昭・平・令 年 月 日 喪失日 平・令 年 月 日
		男・女	昭・平・令 年 月 日	取得日 昭・平・令 年 月 日 喪失日 平・令 年 月 日
		男・女	昭・平・令 年 月 日	取得日 昭・平・令 年 月 日 喪失日 平・令 年 月 日
健保（国保）組合名・社会保険事務所名		〇〇健康保険協会〇〇支部		
健保（国保）組合・社会保険者番号		XX-XX-XXX-X		
備 考				

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 XX年 X月 X日

事業所所在地 〇〇市□□町◇丁目▽番■号

必ず、会社印等を押印してください。

事業所名 △△△株式会社

印

（ TEL 0123 - 〇〇 - ×××× ）