

健康保険（共済組合）資格取得・喪失証明書

※事業所の方がすべてご記入ください。

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 資格取得又は喪失年月日 B	取得	年 月 日	健 保 ・ 共 済 の 保 険 証 記 号 番 号 (保険者番号及び保険者名) C	記号： 番号： ()	
	喪失	年 月 日			
	退職	年 月 日	基礎年金番号 D		
被 扶 養 者 E	氏 名	生 年 月 日	続 柄	被扶養者として認定又は除外された日	認定除外理由
		年 月 日		認定日： 年 月 日 除外日： 年 月 日	
		年 月 日		認定日： 年 月 日 除外日： 年 月 日	
		年 月 日		認定日： 年 月 日 除外日： 年 月 日	
		年 月 日		認定日： 年 月 日 除外日： 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 (印)					
電 話 番 号 () -					

記入上の注意（事業所の方へ）

- 1 B欄の喪失年月日は退職年月日の翌日です。
- 2 E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。
被保険者本人の取得又は喪失に伴う、被扶養者の認定又は除外があった場合も必ず記入してください。

●証明書の用紙が必要な場合は、鈴鹿市役所までご連絡ください。

※証明書はコピーでもかまいません。

問い合わせ先

◆ 鈴鹿市保険年金課資格給付グループ：059-382-7605

※市外の方については、お住まいの市町村担当課にお問い合わせください。