

# 健康保険等資格喪失（認定抹消）証明書

下記の者は、健康保険等の 被保険者の資格を喪失した 被扶養者の認定を抹消した ことを証明します。

(該当するものにチェックをしてください)

年 月 日

(事業所の所在等)

所在地

名 称

代表者

印

【担当者】

【連絡先】 ( ) -

記

被 保 険 者	氏名、生年月日、 住所 A	氏 名	生年月日	住 所	
	健康保険・厚生年金 の資格喪失年月日 (退職年月日) B	喪失日 年 月 日 (退職日 年 月 日)	健康保険被保険者証記号・番号 C (保険者番号及び保険者名) ( )	厚生年金の記号番号 D	( )
被 扶 養 者 E	氏 名	生年月日	続柄	被扶養者認定を抹消した日	備 考
		年 月 日		年 月 日	年金番号 抹消理由
		年 月 日		年 月 日	年金番号 抹消理由
		年 月 日		年 月 日	年金番号 抹消理由
		年 月 日		年 月 日	年金番号 抹消理由
		年 月 日		年 月 日	年金番号 抹消理由

(注意)

- B欄の喪失年月日は「退職年月日」の翌日となります。
- Eの被扶養者欄は、被扶養者認定を抹消した場合に記入してください。  
被保険者本人の資格喪失の際に被扶養者がある場合も必ず記入してください。  
被扶養者の異動のみの場合であっても、A、C、D、E欄は記入してください。  
認定抹消理由が「被保険者の退職」以外の場合は、備考欄の抹消理由を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、など)
- 国民健康保険に加入されるかたは、この証明書を持参し、資格喪失後、原則14日以内に市町村に届出してください。