

この証明書は、すべて事業所または保険者（健康保険組合等）が記入してください。

# 健康保険 厚生年金保険 資格取得（喪失）証明書

(宛先) 富山市長

A 被 保 険 者	氏名				生年 月日	昭・平・令	年	月	日
	住所						性別	男・女	
B 健康保険・厚生年金保険 資格取得日 資格喪失年月日 (退職年月日)	取得	年	月	日	C 健康保険の被保険者証等 記号・番号 保険者番号及び保険者名	[記号・番号]			
	喪失 (退職	年	月	日)		[保険者番号及び保険者名]			
D 年金手帳の基礎年金番号									
E 被 扶 養 者	氏名	生年月日	性別	続柄	被扶養者として認定又は 認定を抹消された日	被保険者の退職以外の ときの抹消理由			
		昭・平・令 年 月 日	男 女		年 月 日認定 年 月 日抹消				
		昭・平・令 年 月 日	男 女		年 月 日認定 年 月 日抹消				
		昭・平・令 年 月 日	男 女		年 月 日認定 年 月 日抹消				
		昭・平・令 年 月 日	男 女		年 月 日認定 年 月 日抹消				
		昭・平・令 年 月 日	男 女		年 月 日認定 年 月 日抹消				

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

保険者（または事業所）

所在地

名称

代表者

印

TEL

(担当者 )

(記載上の注意)

- 1. B資格喪失年月日は退職年月日の翌日となります。
- 2. E被扶養者欄は、①被扶養者として認定又は認定を抹消された場合、②本人の資格喪失の際に、被扶養者がいる場合には必ず記入してください。  
なお、被扶養者の認定（認定抹消）だけの場合でも、A, C, D, E欄は記入してください。
- 3. E「被保険者の退職以外の時の抹消理由」は被保険者の退職以外の理由で抹消する場合に記入してください。  
(例：収入が被扶養者認定基準を上回ったため)

# 事業主のみなさま、保険者のみなさま 国民健康保険の手続きにご協力をお願いします

日頃より、国民健康保険事業にご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、会社に就職された方や退職された方は、国民健康保険喪失の手続きや加入の手続きをする際には、会社等の健康保険の資格取得や喪失がわかる証明書が必要です。お手数ですが、異動があった方には証明書の発行をお願いいたします。証明書は、必要事項の記載があれば独自に作成されたもの（様式）でも結構です。

ご不明な点がございましたら、お問い合わせください。

(お問い合わせ先) 富山市役所 保険年金課 賦課係 076-443-2065

