

国民年金・国民健康保険の手続きの際ご持参ください

健康保険 厚生年金保険 資格取得・喪失証明書

1. 下記の者は、厚生年金保険・健康保険の資格を 年 月 日 ☐ 取得 ☐ 喪失 したことを証明します。
2. 下記の者は、健康保険の被扶養者として 令和7年4月28日 ☐ 認定 ☒ 認定を抹消 されたことを証明します。
(該当欄に「レ」をしてください。)

令和7年4月30日

事業所所在地 東京都中野区江原町3丁目34-1 HBビル2F
事業所名称 株式会社Martial Arts
事業主 代表取締役 長谷川 光 印
電話番号 03-6908-2680
事業所番号 19541

記

被保険者氏名 (住所)A		長谷川 光 [平成5年7月8日生] [男]			
		東京都中野区江古田3-14-13-716			
健康保険の記号番号B		56301331-1		基礎年金保険の記号番号C	
被 扶 養 者 D	氏 名	生 年 月 日	性別	続 柄	備 考
	長谷川 優紀	平成 05 年 10 月 28 日	女	妻	

(記載にあたってのお願い)

- 「1」の「取得」は、いままで国民年金・国民健康保険に加入していた者のみ記入してください。
- 「1」の「喪失」のときの年月日は、退職年月日の翌日を記入してください。
- 「被扶養者」の欄は、被扶養者として認定又は認定を抹消された場合記入してください。

本人の資格取得又は資格喪失の際に、被扶養者がある場合も必ず記入してください。

なお、被扶養者の異動だけの場合でもA・B・C・D欄は必ず記入してください。

この「健康保険・厚生年金保険資格等取得・喪失証明書」は、市区町村の

- ◎ 国民年金担当課に国民年金の資格取得届・資格喪失届・第3号被保険者該当届等を届出の際、年金手帳(または基礎年金番号通知書)・印鑑を持参のうえ、提出してください。
- ◎ 国民健康保険担当課に国民健康保険の資格取得・喪失の届出の際、印鑑等持参のうえ提出してください。なお、家族が国民健康保険に加入している場合は、その国民健康保険被保険者証等も提出してください。