

健康保険・公的年金（厚生年金）資格 取得  
喪失 証明書

被 保 険 者	住 所	富良野市		
	氏 名			
	生 年 月 日	昭和・平成	年	月 日生
	健康保険証	健康保険名		
		保険者番号		
		記号	番号	
	基礎年金番号	—		
	資格取得年月日		年	月 日
	資格喪失年月日 (退職年月日)		年	月 日
任意継続の有無	有 (本人のみ・本人及び扶養者) 無			
被 扶 養 者 氏 名	氏 名	続柄	生 年 月 日	取得・喪失年月日
			昭和・平成・令和 年 月 日	取得日 年 月 日 喪失日 年 月 日
			昭和・平成・令和 年 月 日	取得日 年 月 日 喪失日 年 月 日
			昭和・平成・令和 年 月 日	取得日 年 月 日 喪失日 年 月 日
			昭和・平成・令和 年 月 日	取得日 年 月 日 喪失日 年 月 日
			昭和・平成・令和 年 月 日	取得日 年 月 日 喪失日 年 月 日

上記の者は、健康保険・公的年金（厚生年金）の資格 取得  
喪失 したことを証明します。

令和 年 月 日

住 所  
事業所名  
代表者名

印

※資格喪失日は、退職した日の翌日となります。  
※資格喪失の場合、資格喪失年月日も記入して下さい。