

# 健康保険等加入期間証明願

令和 年 月 日

申請者  
住所  
氏名

印

下記の件について証明願います。

## 健康保険等加入期間証明

令和 年 月 日

事業所  
所在地  
法人名  
代表者名

印

住所					
健康保険等の保険者名		健康保険等の被保険者番号		基礎年金番号	
被保険者氏名（生年月日）	続柄	被保険者資格得喪年月日		資格喪失事由	
（ 年 月 日生）	本人	取得日：平成 年 月 日	令和 年 月 日	1・退職（ 年 月 日） 2・その他 （ ）	
		喪失日：平成 年 月 日	令和 年 月 日		
被扶養者氏名（生年月日）	続柄	被扶養者資格得喪年月日		認定削除事由	
（ 年 月 日生）		取得日：平成 年 月 日	令和 年 月 日	1・就職 2・本人退職 3・その他 （ ）	
		喪失日：平成 年 月 日	令和 年 月 日		
（ 年 月 日生）		取得日：平成 年 月 日	令和 年 月 日	1・就職 2・本人退職 3・その他 （ ）	
		喪失日：平成 年 月 日	令和 年 月 日		
（ 年 月 日生）		取得日：平成 年 月 日	令和 年 月 日	1・就職 2・本人退職 3・その他 （ ）	
		喪失日：平成 年 月 日	令和 年 月 日		
（ 年 月 日生）		取得日：平成 年 月 日	令和 年 月 日	1・就職 2・本人退職 3・その他 （ ）	
		喪失日：平成 年 月 日	令和 年 月 日		

※資格喪失年月日は、退職・死亡の際には、その翌日になります。

※この証明書は、国民健康保険又は、国民年金の加入手続き用のもので、その他の目的には使用できません。

※被保険者記号番号、喪失年月日は、会社等の健康保険及び被用者年金のものを記入してください。