

健康保険等加入期間証明願

令和 年 月 日

申請者
住所
氏名

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

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	
被保険者の住所					
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)	
		喪失日：平成 年 月 日	令和 年 月 日	2・その他 ()	
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	
		喪失日：平成 年 月 日	令和 年 月 日	2・本人退職	
(年 月 日生)		取得日：平成 年 月 日	令和 年 月 日	3・その他 ()	
		喪失日：平成 年 月 日	令和 年 月 日	1・就職	
(年 月 日生)		取得日：平成 年 月 日	令和 年 月 日	2・本人退職	
		喪失日：平成 年 月 日	令和 年 月 日	3・その他 ()	
(年 月 日生)		取得日：平成 年 月 日	令和 年 月 日	1・就職	
		喪失日：平成 年 月 日	令和 年 月 日	2・本人退職	
(年 月 日生)		取得日：平成 年 月 日	令和 年 月 日	3・その他 ()	
		喪失日：平成 年 月 日	令和 年 月 日	1・就職	
(年 月 日生)		取得日：平成 年 月 日	令和 年 月 日	2・本人退職	
		喪失日：平成 年 月 日	令和 年 月 日	3・その他 ()	

※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。