

# 健康保険等加入期間証明願

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

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: 年 月 日   |  | 1・退職( 年 月 日) |  |
|              |    | 喪失日: 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: 年 月 日   |  | 1・就職         |  |
|              |    | 喪失日: 年 月 日   |  | 2・本人退職       |  |
| ( 年 月 日生)    |    | 取得日: 年 月 日   |  | 3・その他 ( )    |  |
|              |    | 喪失日: 年 月 日   |  | 1・就職         |  |
| ( 年 月 日生)    |    | 取得日: 年 月 日   |  | 2・本人退職       |  |
|              |    | 喪失日: 年 月 日   |  | 3・その他 ( )    |  |
| ( 年 月 日生)    |    | 取得日: 年 月 日   |  | 1・就職         |  |
|              |    | 喪失日: 年 月 日   |  | 2・本人退職       |  |
| ( 年 月 日生)    |    | 取得日: 年 月 日   |  | 3・その他 ( )    |  |
|              |    | 喪失日: 年 月 日   |  | 1・就職         |  |
| ( 年 月 日生)    |    | 取得日: 年 月 日   |  | 2・本人退職       |  |
|              |    | 喪失日: 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。