

## 健康保険資格 取得・喪失 証明書

被保険者氏名				性別	
生年月日					
住所					
健康保険	保険者番号		保険者名称		
	記号		番号		
基礎年金番号					

※健康保険の資格に異動があったもの

被保険者氏名	続柄	生年月日	性別	取得年月日	喪失年月日 (退職日の翌日です。)
	本人	昭平 . .	男女	昭平 . .	昭平 . .
被扶養者氏名	続柄	生年月日	性別	取得年月日	喪失年月日
		昭平 . .	男女	昭平 . .	昭平 . .
		昭平 . .	男女	昭平 . .	昭平 . .
		昭平 . .	男女	昭平 . .	昭平 . .
		昭平 . .	男女	昭平 . .	昭平 . .

上記のとおり健康保険（共済組合）の資格を 取得 ・ 喪失 したことを証明いたします。

平成 年 月 日

事業所所在地

事業所名

電話番号



※資格喪失日とは、退職した日の翌日、または扶養認定の切れた日です。

〈事業所へのお願い〉

この証明書は国民健康保険の資格を取得または喪失するための必要書類ですので、各欄漏れなく記載のうえ本人にお渡し下さい。