

健康保険等資格取得・喪失証明書

被保険者証 記号・番号	記号	番号	保険者名	全国健康保険協会 支部 健康保険組合 共済組合	
保険者番号					
被保険者住所					
	氏名	生年月日	被保険者 との続柄	資格 取得・喪失 年月日	
被保険者			本人	取得日	年 月 日
				喪失日	年 月 日 (年 月 日退職)
被扶養者				取得日	年 月 日
				喪失日	年 月 日
被扶養者				取得日	年 月 日
				喪失日	年 月 日
被扶養者				取得日	年 月 日
				喪失日	年 月 日
被扶養者				取得日	年 月 日
				喪失日	年 月 日
被扶養者				取得日	年 月 日
				喪失日	年 月 日

※取得・喪失年月日の両日とも必ず記入してください。
 ※喪失日は退職日の翌日になります。
 ※被扶養者がいれば必ず記入してください。

上記のとおり、証明いたします。
 年 月 日

事業所または保険者

名称

代表者氏名

⑩

所在地

電話番号

※必ず**保険者(又は事業所)**が記入してください。