

# 健康保険等資格取得・喪失証明書

## 記入例

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 菊陽 支部 健康保険組合 共済組合		
保険者番号	○○○○○○○○				
被保険者住所	熊本県菊池郡菊陽町大字久保田○○○○番地				
	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	菊陽 太郎	昭和50年1月1日	本人	取得日	令和 2 年 4 月 1 日
				喪失日	令和 2 年 4 月 1 日 (令和 2 年 3 月 31 日退職)
被扶養者	菊陽 花子	昭和52年2月1日	妻	取得日	令和 2 年 4 月 1 日
				喪失日	令和 2 年 4 月 1 日
被扶養者	菊陽 一郎	平成24年3月1日	子	取得日	令和 2 年 4 月 1 日
				喪失日	令和 2 年 4 月 1 日
被扶養者	菊陽 二郎	平成26年4月1日	子	取得日	令和 2 年 4 月 1 日
				喪失日	令和 2 年 4 月 1 日
被扶養者				取得日	令和 年 月 日
				喪失日	令和 年 月 日
被扶養者				取得日	令和 年 月 日
				喪失日	令和 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。  
 令和 2 年 4 月 3 日

事業所または保険者

名称 (株)人参産業

代表者氏名 代表取締役 人参 三郎

印

人参

所在地 熊本県菊池郡菊陽町大字久保田200番地

電話番号 096-232-4912

※必ず保険者(又は事業所)が記入してください。