

健康保険（共済組合等）資格 取得 ・ 喪失 証明書

1. 被保険者（被保険者であった者）について記入する欄

フリガナ		生 年 月 日	昭和 平成	年	月	日			
氏 名									
住 所	〒								
保 険 者 名		保 険 者 番 号							
被保険者記号番号	記号	番号	基 礎 年 金 番 号						
取 得 年 月 日	昭和 平成 令和	年	月	日	喪 失 年 月 日 (退職日の翌日)	平成 令和	年	月	日

2. 被扶養者（被扶養者であった者）について記入する欄

氏 名	生年月日	続柄	認定年月日	解除年月日	喪失理由									
	昭和 平成 令和		年	月	日	昭和 平成 令和	年	月	日	平成 令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 被保険者の資格喪失 <input type="checkbox"/> 収入要件 <input type="checkbox"/> その他 ()
	昭和 平成 令和		年	月	日	昭和 平成 令和	年	月	日	平成 令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 被保険者の資格喪失 <input type="checkbox"/> 収入要件 <input type="checkbox"/> その他 ()
	昭和 平成 令和		年	月	日	昭和 平成 令和	年	月	日	平成 令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 被保険者の資格喪失 <input type="checkbox"/> 収入要件 <input type="checkbox"/> その他 ()
	昭和 平成 令和		年	月	日	昭和 平成 令和	年	月	日	平成 令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 被保険者の資格喪失 <input type="checkbox"/> 収入要件 <input type="checkbox"/> その他 ()

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

事業所所在地
事業所名
代表者名
電話番号

印