

# 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	カマイシ タロウ	生年月日	昭和 32 年 12 月 31 日
氏名	釜石 太郎		
住所	〒 026-8686 釜石市只越町 3 丁目 9 番 1 3 号		
保険者名	全国健康保険協会岩手支部	保険者番号	01030014
被保険者記号番号	記号 XXX 番号 123456	基礎年金番号	0123-456789
取得年月日	昭和 30 年 4 月 1 日	喪失年月日 (退職日の翌日)	平成 6 年 8 月 1 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
釜石 花子	昭和 32 年 8 月 15 日	妻	昭和 30 年 4 月 1 日	平成 6 年 8 月 1 日	<input checked="" 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 年 月 日		昭和 年 月 日	平成 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 年 月 日		昭和 年 月 日	平成 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 年 月 日		昭和 年 月 日	平成 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 6 年 8 月 1 日

事業所所在地 釜石市只越町 0-0-0  
事業所名 株式会社けんこう  
代表者名 △△ △△  
電話番号 0193-\*\*-\*\*\*\*

印