

## 健康保険 資格取得(喪失)証明書

被 保 険 者	ふりがな		生 年 月 日	年 月 日	
	氏 名				
	住 所				
健康保険 資格取得または 資格喪失年月日		取得	年 月 日	健康保険被保険 者証保険者番号	
		退職	年 月 日	記号・番号・枝番	
		喪失	年 月 日 (退職の場合は退職日の翌日)	基礎年金番号	

	枝 番	ふりがな	生 年 月 日	続柄	被扶養者として認定または 認定を抹消された年月日	退職以外の 喪失事由
		氏 名				
被 扶 養 者			年 月 日		年 月 日	
			年 月 日		年 月 日	
			年 月 日		年 月 日	
			年 月 日		年 月 日	
			年 月 日		年 月 日	
			年 月 日		年 月 日	
			年 月 日		年 月 日	
			年 月 日		年 月 日	
			年 月 日		年 月 日	
			年 月 日		年 月 日	

上記の者は、健康保険等の 被保険者 の資格を 取得 したことを証明します。  
被扶養者 喪失

年 月 日

事業所所在地

事業所名

代表者名

⑩

電話番号

担当者