

健康保険

資格取得(喪失)証明書

厚生年金

下記の者は、健康保険等の

☐ 被保険者
☐ 被扶養者

☐ 取得
☐ 喪失

の資格を

したことを証明します。

令和 年 月 日

所在地 _____

事業者(または保険者) 名称 _____ 印 _____

代表者 _____

TEL (- - 担当者名)

記

健康保険の種類 記号・番号		保険者名					
		保険者名番号			記号・番号		
基礎年金番号							
被 保 険 者	氏 名						
	生年月日	昭和・平成・令和		年	月	日	
	資格取得年月日	昭和・平成・令和		年	月	日	
	退 職 日	昭和・平成・令和		年	月	日	
	資格喪失年月日 (退職日翌日)	昭和・平成・令和		年	月	日	
被 扶 養 者	氏名	生年月日	続柄	資格取得年月日	資格喪失年月日		
		昭 平 令 年 月 日		昭 平 令 年 月 日	昭 平 令 年 月 日		
		昭 平 令 年 月 日		昭 平 令 年 月 日	昭 平 令 年 月 日		
		昭 平 令 年 月 日		昭 平 令 年 月 日	昭 平 令 年 月 日		
		昭 平 令 年 月 日		昭 平 令 年 月 日	昭 平 令 年 月 日		
		昭 平 令 年 月 日		昭 平 令 年 月 日	昭 平 令 年 月 日		

【事業者の方へのお願い】

この証明書は、国民健康保険を取得(喪失)するための 必要書類ですので、各欄についてもれなく、正しく 記載した上で、ご本人にお渡しください。