

# 健康保険資格喪失（取得）証明書

健康保険の種別	被 保 険 者 欄					
全国健康保険協会 ( ) 共済健保 ( ) 健康保険組合 ( ) 国保組合 その他 ( )	被保険者証	記号			番号	
	氏 名				電話番号	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日			性別 男・女	
	住 所					
<b>保 険 者 番 号</b>	資格取得・喪失 年 月 日	資格取得日	昭和 年 月 日			
		資格喪失日	平成 年 月 日 ※資格喪失日は退職日の翌日になります。			
被扶養者氏名	生 年 月 日	性別	続柄	扶 養 認 定 ・ 抹 消 年 月 日		抹 消 の 理 由
	昭和 年 月 日 平成	男 女		認定日 昭和・平成 年 月 日 抹消日 平成 年 月 日		
	昭和 年 月 日 平成	男 女		認定日 昭和・平成 年 月 日 抹消日 平成 年 月 日		
	昭和 年 月 日 平成	男 女		認定日 昭和・平成 年 月 日 抹消日 平成 年 月 日		
	昭和 年 月 日 平成	男 女		認定日 昭和・平成 年 月 日 抹消日 平成 年 月 日		

上記の通り証明します。

平成 年 月 日発行

保険者（事業所）

所在地

名 称

代表者名

電話番号 ( )

—

