

健康保険資格 取得 喪失 証明書

下記のとおり、健康保険の資格を取得・喪失したことを証明します。

年 月 日

事業所	所在地
名称	
代表者 ⑩	
TEL	担当者

被 保 険 者	氏名		男 女	生年月日	昭 平 令	年 月 日	
	住所						
	資格取得年月日	昭平令	年 月 日	健康保険証 記号・番号			
	資格喪失年月日 (退職日の翌日)	平成 令和	年 月 日	保険者名	全国健康保険協会()支部 健康保険組合 国民健康保険組合		
退職年月日	平成 令和	年 月 日	保険者番号				
被 扶 養 者	氏名	性別	続柄	生年月日	認定・喪失年月日	喪失理由 (退職以外)	
		男 女		昭平令 年 月 日	平成 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 就職・収入増 <input type="checkbox"/> その他	
		男 女		昭平令 年 月 日	平成 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 就職・収入増 <input type="checkbox"/> その他	
		男 女		昭平令 年 月 日	平成 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 就職・収入増 <input type="checkbox"/> その他	
		男 女		昭平令 年 月 日	平成 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 就職・収入増 <input type="checkbox"/> その他	
		男 女		昭平令 年 月 日	平成 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 就職・収入増 <input type="checkbox"/> その他	
		男 女		昭平令 年 月 日	平成 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 就職・収入増 <input type="checkbox"/> その他	

記入上の注意

- ・資格喪失年月日は退職日の翌日です。
- ・資格喪失時に被扶養者がいる場合は、必ず記入してください。
- ・被扶養者の異動のみの場合でも、被保険者欄を必ず記入してください。