

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

印

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	認定 喪失	<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	認定 喪失	<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	認定 喪失	<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	認定 喪失	<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	認定 喪失	<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	認定 喪失	<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。