

健康保険資格（取得・喪失）証明書

| | | | | |
|--|--|---------|---------|---------|
| 保 險 の 種 類 | 協会けんぽ 組合健保 船員健保 日雇健保 共済健保（国・地・公・私） 国保組合 | | | |
| 保 險 者 名 称 | | | | |
| 保 險 者 番 号 | | | | |
| 保 險 証 記 号 番 号 | | | | |
| 被 保 險 者 | 住 所 | | | |
| | 氏 名 | | | |
| | 生 年 月 日 | | | |
| | 資格取得年月日 | 年 | 月 | 日 |
| | 資格喪失年月日 (退職日の翌日) | 年 | 月 | 日 |
| 被 扶 養 者 | 氏 名 | 生 年 月 日 | 資格取得年月日 | 資格喪失年月日 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 備 考 | | | | |
| <p>上記のとおり証明する。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所 事業所名 代表者名</p> <p style="text-align: right;">TEL — — ⑩</p> | | | | |

1. 証明書の内容は必ず事業所にて記載してください。
2. 被扶養者氏名欄の余白は斜線で抹消してください。