

健康保険 資格取得・喪失 証明書

被保険者	氏名		生年月日	昭・平 令	年	月	日
	住所					性別	男・女

記号		番号		資格取得年月日	平成 ・ 令和	年	月	日
保険者番号				資格喪失年月日	平成 ・ 令和	年	月	日
保険者名				(退職年月日)	平成 ・ 令和	年	月	日

※ 資格喪失年月日は、会社等を退職した日の翌日です。

国民健康保険には、資格喪失年月日からの加入となります。

被扶養者				
氏名	生年月日	性別	続柄	資格取得・喪失年月日
	昭・平・令 年 月 日	男・女		平・令 年 月 日取得 平・令 年 月 日喪失
	昭・平・令 年 月 日	男・女		平・令 年 月 日取得 平・令 年 月 日喪失
	昭・平・令 年 月 日	男・女		平・令 年 月 日取得 平・令 年 月 日喪失
	昭・平・令 年 月 日	男・女		平・令 年 月 日取得 平・令 年 月 日喪失
	昭・平・令 年 月 日	男・女		平・令 年 月 日取得 平・令 年 月 日喪失

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

保険者（又は事業所）

所在地

名称

代表者

印

電話番号

(担当者)