

取得 健康保険資格 喪失 証明書

氏名			性別	男女	生年 月日	年 月 日
住所	上三川町					
健康保険被 保険者証	記号		番号			
保険者番号			基礎年金 番号			
保険者名称						
資格取得 年月日	年 月 日					
退職年月日	年 月 日					
資格喪失 年月日	年 月 日					
被 保 険 者						
被 扶 養 者	氏名	続柄	生年月日	得喪	資格得喪年月日	年月日
			年 月 日	得喪	年 月 日	年月日
			年 月 日	得喪	年 月 日	年月日
			年 月 日	得喪	年 月 日	年月日
			年 月 日	得喪	年 月 日	年月日
資格喪失の理由						
上記のとおり健康保険の資格について 取得 喪失 したことを証明します。 年 月 日						
事業主所在地 名 称						印

【記入例】

取得 喪失 健康保険資格 証明書

氏名	上三川 太郎		性別	男	生年月日	〇年 〇月 〇日
住所	上三川町しらさぎ一丁目1番地					
健康保険被保険者証	記号	〇〇〇	番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇		
保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇		基礎年金番号	〇〇〇〇〇—〇〇〇〇〇〇〇		
保険者名称	〇〇〇〇〇保険組合					
資格取得年月日	〇〇年	〇〇月	〇〇日			
退職年月日	〇〇年	〇〇月	〇〇日			
資格喪失年月日	〇〇年	〇〇月	〇〇日			
被保険者 被扶養者	氏名	続柄	生年月日	資格得喪年月日		
	上三川 花子	配偶者	〇年 〇月 〇日	得喪	〇年 〇月 〇日	〇年 〇月 〇日
			年 月 日	得喪	年 月 日	年 月 日
			年 月 日	得喪	年 月 日	年 月 日
			年 月 日	得喪	年 月 日	年 月 日
資格喪失の理由		退職による				

上記のとおり健康保険の資格について取得したことを証明します。

〇〇年 〇月 〇日

事業主所在地 〇〇県〇〇市〇〇町
株式会社 〇〇〇〇 印

社判を押印