

◎この用紙は事業主の方が記入してください。

# 健康保険被保険者資格(取得・喪失)証明書

次のとおりであることを証明します。

令和 年 月 日

保険者または事業主

所在地

名称

電話番号

印

被 保 険 者 ・ 組 合 員	氏 名			生年月日	昭 平 令	年	月	日				
	住 所											
被 保 険 者 ・ 組 合 員	健康保険証 記号・番号・枝番			保険者名および 保険者番号								
	枝番( )			資格喪失年月日 ※退職日の翌日	昭 平 令	年	月	日				
被 保 険 者 ・ 組 合 員	資格取得年月日	昭 平 令	年	月	日	喪失理由 (退職・後期高齢加入)						
					(退職年月日)	(昭 平 令	年	月	日)			
被 扶 養 者	氏 名	枝番	生 年 月 日		続柄	資格取得年月日・資格喪失年月日						
			昭 平 令	年	月	日		昭・平・令	年	月	日	取得
			昭 平 令	年	月	日		昭・平・令	年	月	日	喪失
			昭 平 令	年	月	日		昭・平・令	年	月	日	取得
			昭 平 令	年	月	日		昭・平・令	年	月	日	喪失
			昭 平 令	年	月	日		昭・平・令	年	月	日	取得
			昭 平 令	年	月	日		昭・平・令	年	月	日	喪失

《記載上の注意》 資格喪失年月日は、退職年月日の翌日となります。

被扶養者欄は、被扶養者として資格を取得または資格を喪失した場合に記入してください。

本人の資格取得または喪失の際に、被扶養者がある場合も必ず記入してください。

なお、被扶養者の異動だけの場合でも、被保険者欄は記入してください。