

## 健康保険資格(取得・喪失)証明書

健康保険の 記号番号	記号		保険者番号ならびに 保険者の名称	番号		
	番号			名称		
被保険者	住 所					
	氏 名	続柄	生 年 月 日	取得年月日	退職年月日	喪失年月日
		本人	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日
被扶養者	氏 名	続柄	生 年 月 日	取得年月日	解除年月日	
			昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日
			昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日
			昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日
			昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日
			昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

保 険 者 所在地及び名称  
(又は事業所) 代表者氏名

電 話 番 号 (

担当者 )

印

※裏面の注意事項を読んでから証明してください。

- 注 意 事 項
1. 退職に伴って資格喪失する場合は退職日の翌日が資格喪失日となります。(国保組合の場合は退職日当日)
  2. 資格喪失者は被扶養者含む喪失者全てを記載してください。  
また、資格喪失者の氏名・続柄・生年月日・取得年月日・退職年月日・喪失年月日(解除年月日)は省略せずにすべて記載してください。
  3. 被扶養者のみの異動であっても被保険者欄を記入してください。
  4. 国保加入は資格喪失後14日以内の手続きをお願いします。
  5. 証明の記載は事業所、又は保険者が記載し証明してください。
  6. 記載漏れがあった場合手続き出来ない場合があります。必要事項はすべて記載してください。