

健康保険資格 取得 ・ 喪失 証明書

被 保 険 者 (組 合 員)	住 所			
	氏 名		性 別	男 ・ 女
	生 年 月 日	明治・大正・昭和・平成		年 月 日
	被保険者の名称又は保険者の番号			
	被保険者(組合員)証の記号・番号			
	基礎年金番号	—		
	資格取得年月日	昭和・平成	年	月 日
	資格喪失年月日(退職した日の翌日)	平成	年	月 日
	資格取得・喪失の理由			
被 扶 養 者	氏 名	生 年 月 日	続 柄	取得・喪失 年 月 日
		M・T・S・H 年 月 日		S・H 年 月 日
		M・T・S・H 年 月 日		S・H 年 月 日
		M・T・S・H 年 月 日		S・H 年 月 日
		M・T・S・H 年 月 日		S・H 年 月 日
		M・T・S・H 年 月 日		S・H 年 月 日

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

所在地
 証明者 名 称
 (事業所) 事業主名

印

～証明される方へお願いします～

1. この証明書は、新たに被保険者(組合員)又は被扶養者の資格を取得・喪失した人について記入してください。
2. 取得・喪失のいずれかを○で囲んでください。
3. 誤りのないように記載をお願いいたします。

～届出をされる方へお願いします～

1. 各種健康保険等の資格を取得・喪失してから14日以内に国民健康保険の手続きも行ってください。
2. 同じ世帯で、すでに国民健康保険証・高齢受給者証をお持ちの方はその証をお持ちください。