健康保険等資格(取得・喪失)証明書

被保険者(組合員)	住 所			
	氏 名		生年月日	年 月 日
被保険者証(組合員証)	記 号		番号	
	資格取得	/r:	保険者番号	
	年 月 日	年 月 日	保険者名	
	資格喪失年 月 日	年 月 日 (年 月 日退職)	資格喪失 の 理 由	
			<u> </u>	

	氏名	名	続 柄	性 別	生	年	月	日	資格取得年月日		資格喪失	
	II,	71	אטנ אין	11年 7月	土	+	- 月 日 [資格喪失年月日			の理由
				男・女		左	年月	日	年	月	日	
被				刀、女		+			年	月	日	
44.				男・女		年	月	日	年	月	日	
扶						+	力		年	月	日	
養		Ħ	男・女		年	月	日	年	月	日		
氏				刀、女		++	Л	Н	年	月	日	
者				男・女	年	年	下 月	田	年	月	日	
				刀、女		+			年	月	日	
				男・女		左	П		年	月	日	
		カ・ 女	年	干	月	日	年	月	日			

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

保険者所在地

(又は事業所)

名 称

電 話 () -

(注意) 健康保険の資格喪失日は、退職等で会社を辞めた日の翌日となります。

印