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 情 報 (組 合 員 情 報)	記 号	番 号		
	資格取得 年 月 日	年 月 日	保険者番号	
			保険者名	
	資格喪失 年 月 日	年 月 日	資格喪失 の 理 由	
		(年 月 日退職)		

被 扶 養 者	氏 名	続柄	性 別	生 年 月 日	資格取得年月日	資格喪失 の 理 由
					資格喪失年月日	
			男・女	年 月 日	年 月 日	
			男・女	年 月 日	年 月 日	
			男・女	年 月 日	年 月 日	
			男・女	年 月 日	年 月 日	
			男・女	年 月 日	年 月 日	
			男・女	年 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 險 者 所 在 地

(又は事業所)

名 称

印

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。