

健康保険等被保険者資格 取得・喪失 証明書

保険者名					
記号-番号					
被保険者	住所				
	氏名				
	生年月日	昭和・平成	年	月	日
	資格取得年月日	昭和・平成・令和	年	月	日
	資格喪失年月日	昭和・平成・令和	年	月	日
	退職日	昭和・平成・令和	年	月	日
被扶養者	氏名	生年月日	取得日	喪失日	
		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	

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

住所 _____

事業所
(または保険者) 名称 _____

代表者 _____ 印

TEL _____ (担当者 _____)