

健康保険資格取得（喪失）証明書

【 保険者 】

保険者名称				
保険者番号				
被保険者証 記号・番号	記号		番号	

【 被保険者 】

氏 名				
住 所				
生年月日	年 月 日			
資格取得日	年 月 日			
退職日・資格喪失日	退職日	年 月 日	喪失日	年 月 日

【 被扶養者 】

氏 名	性別 続柄	生年月日	被扶養者として認定 (抹消)された日	退職以外のときの 抹消理由
	男・女			
		年 月 日	認定・抹消 年 月 日	
	男・女	年 月 日	認定・抹消 年 月 日	
	男・女	年 月 日	認定・抹消 年 月 日	
	男・女	年 月 日	認定・抹消 年 月 日	
	男・女	年 月 日	認定・抹消 年 月 日	

上記のとおり、健康保険の資格を（ 取得 ・ 喪失 ）したことを証明します。

年 月 日

名 称

所 在 地

事業所
(保険者)

代表者名



電話番号