

健康保険資格取得・喪失証明書

下記のとおり証明します。

年 月 日

事業所(または保険者) 所在地 _____

名称 _____ 印 _____

代表者 _____

電話番号 _____

記

健康保険の種類 記号・番号	保険者名				
	保険者番号		記号・番号		
基礎年金番号					
被保険者	氏名				
	生年月日				
	住所				
	資格取得年月日				
	退職日				
	資格喪失年月日 (退職日の翌日)				
被扶養者	氏名	生年月日	続柄	資格取得年月日	資格喪失年月日