

# 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・枝番	保険者名					
	保険者番号		記号・番号・ 枝番			
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	枝番	資格取得年月日	資格喪失年月日