

健康保険資格 取得・喪失 証明書

対象者	氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日	
	住所				
健康保険 の 種類等	保険者名称				
	保険者番号				
	保険証記号 - 番号	—			
	資格取得日	退職日		資格喪失日	
	平成 令和 年 月 日	平成 令和 年 月 日		平成 令和 年 月 日	
被扶養者	氏 名	生年月日	続柄	資格取得日	資格喪失日
		昭 平 令 年 月 日		平 令 年 月 日	平 令 年 月 日
		昭 平 令 年 月 日		平 令 年 月 日	平 令 年 月 日
		昭 平 令 年 月 日		平 令 年 月 日	平 令 年 月 日
		昭 平 令 年 月 日		平 令 年 月 日	平 令 年 月 日
		昭 平 令 年 月 日		平 令 年 月 日	平 令 年 月 日

以上のとおり証明します。

令和 年 月 日 事業所 所在地 _____

名 称 _____ ⑩

代表者名 _____

電話番号 _____

担当者 _____