

平成 年 月 日

健康保険資格(取得・喪失)証明書

被保険者	氏名		生年月日	M・T・S・H .
	住所	〒 -		
	健康保険記号番号	—	保険者名	
	資格取得年月日		資格喪失年月日 (退職日の翌日)	
	基礎年金番号	—		

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 (退職日の翌日)	退職以外の喪失理由
	M・T・S・H .				
	M・T・S・H .				
	M・T・S・H .				
	M・T・S・H .				

(記載上の注意事項)

- ①資格喪失年月日は退職年月日の翌日となります。
- ②退職以外で資格喪失した場合、理由を記載して下さい。

〈(例)収入が被扶養者認定基準を上回った為〉

上記内容について証明します。

事業所等所在地

名称

電話番号