

健康保険（共済組合等）資格 取得 喪失 証明書

取得・喪失どちらかを○で囲んでください。

住 所					電話 ()			
区分	氏 名	生年月日	続柄	取得又は喪失年月日	取得又は喪失の事由			
被 保 険 者 (組 合 員)		年 月 日	本人	年 月 日 (喪失日は退職した日の翌日)	1. 就職又は国保組合への加入 2. 退職又は国保組合の脱退 3. その他 事由			
	被 扶 養 者			年 月 日				1. 被保険者(組合員)の資格取得又は喪失に伴うもの。 2. 就職又は就労により被扶養者に該当しなくなった。 3. 収入減により被扶養者に該当した、又は収入増により被扶養者に該当しなくなった。 4. その他 事由
				年 月 日				
				年 月 日				
		年 月 日		年 月 日	該当番号を○で囲んで下さい。			
健康保険(共済組合等)の番号		保険者番号	記号番号	保険者名	厚生年金(共済年金)の記号番号			

上記のとおり証明します。

年 月 日

事業所所在地

事業所名

電 話 ()

印