

健康保険被保険者 資格取得・喪失証明書

記入例

健康保険の資格について、次のとおり相違ないことを証明します。

社印又は代表者印を
必ず押して下さい。

事業所または保険者

所在地 **神石高原町小島9999-9**

名称 **〇〇〇〇株式会社**
代表 〇〇 一郎

電話番号 **0847-99-9999**

印

被保険者氏名	神石 太郎	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日 昭和〇〇年〇〇月〇〇日
住 所	神石郡神石高原町小島2052番地		
保険者の名称 及び保険者番号	名称 〇〇〇〇健康保険組合	保険者番号 99999999	
資格取得日	平成〇〇年〇〇月〇〇日	被保険者証の記号番号	
資格喪失日※	平成〇〇年〇〇月〇〇日	999999-9999	
退職日	平成〇〇年〇〇月〇〇日	備 考	
被扶養者氏名	認 定 日	抹 消 日	
神石 花子	平成〇〇年〇〇月〇〇日	平成〇〇年〇〇月〇〇日	
	年 月 日	年 月 日	
	年 月 日	年 月 日	
	年 月 日	年 月 日	
	年 月 日	年 月 日	

※資格喪失日は、退職日の翌日です。

退職以外での喪失の場合(雇用形態の変更等)は退職日は空けておいてください。