

健康保険被保険者 資格取得・喪失証明書

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。

事業所または保険者

所在地

名称

印

電話番号

被保険者氏名		男・女	生年月日
住 所			
保険者の名称 及び保険者番号	名称	保険者番号	
資格取得日	年 月 日	被保険者証の記号番号	
資格喪失日※	年 月 日		
退職日	年 月 日	備 考	
被扶養者氏名	認 定 日	抹 消 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	
	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。