

健康保険資格 取得 喪失 証明書

被 保 険 者	住 所	木田郡三木町大字 番地					
	氏 名・生 年 月 日				年 月 日		
	事 業 所 名						
	保 険 者 名 称 ・ 保 険 者 番 号	名称			保険者 番号		
	被保険者記号・番号・枝番	記号			番号		枝番
	資 格 取 得 日	年 月 日 取得					
	退 職 日	年 月 日 退職					
	資 格 喪 失 月 日 (退 職 の 翌 日)	年 月 日 喪失					
	喪 失 理 由						
被 扶 養 者	氏名	生年月日	資 格 取 得 日 喪 失 年 月 日		喪失理由		
上 記 の と お り 証 明 し ま す 。 年 月 日 住 所 保 険 者 ・ 事 業 所 名 電 話 番 号 三 木 町 長 殿							

注) この証明書は、保険者または事業所が証明してください。