

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		
	保険証記号・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		
<p>上記のとおり証明します。</p> <p style="margin-left: 100px;">年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>保険者・事業所名</p> <p>電 話 番 号</p> <p>三 木 町 長 殿</p>							

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。