

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。