

# 健康保険資格（取得・喪失）証明書

下記の者が、健康保険の  被保険者  被扶養者 の資格を  取得  喪失 していることを証明します。

年 月 日

保険者 所在地 \_\_\_\_\_

または \_\_\_\_\_

事業主 名称 \_\_\_\_\_

代表者 \_\_\_\_\_

印

TEL \_\_\_\_\_

担当者名

保険者名 (社会保険事務所・健康保険組合・国保組合などの名称)						
保険者番号		被保険者証記号		被保険者証番号		
被保険者住所	〒 徳島県那賀郡那賀町					
被保険者氏名	続柄	性別	生年月日	資格(取得・喪失)年月日 退職年月日(被保険者のみ)	喪失理由	
被 保 険 者	本人	男・女	年 月 日	(取得・喪失) 年 月 日 (退職日) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
		男・女	年 月 日	(取得・喪失) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 被保険者喪失 <input type="checkbox"/> 収入要件 <input type="checkbox"/> その他	
被 扶 養 者		男・女	年 月 日	(取得・喪失) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 被保険者喪失 <input type="checkbox"/> 収入要件 <input type="checkbox"/> その他	
		男・女	年 月 日	(取得・喪失) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 被保険者喪失 <input type="checkbox"/> 収入要件 <input type="checkbox"/> その他	
		男・女	年 月 日	(取得・喪失) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 被保険者喪失 <input type="checkbox"/> 収入要件 <input type="checkbox"/> その他	
		男・女	年 月 日	(取得・喪失) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 被保険者喪失 <input type="checkbox"/> 収入要件 <input type="checkbox"/> その他	
		男・女	年 月 日	(取得・喪失) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 被保険者喪失 <input type="checkbox"/> 収入要件 <input type="checkbox"/> その他	

- (注) ①被保険者本人の資格喪失年月日は、会社等を退職した日の翌日です。 (任意継続被保険者を除く)  
 ②被扶養者の資格取得年月日は、扶養認定日です。  
 ③資格を取得または喪失した被保険者及び被扶養者全員の項目を必ず記入してください。  
 また、被扶養者の異動のみの場合でも、被保険者欄(資格取得・喪失年月日を除く)は記入してください。  
 ④この用紙は事業主が記入してください。