

健康保険の資格取得喪失証明書

被保険者	氏名			生年月日	昭平	.	.
	住所						
	記号			資格	取得	昭平令	年 月 日
	番号				喪失	昭平令	年 月 日

被扶養者	氏名	生年月日	続柄	資格			
			昭平令 .		取得	年	月
				喪失	年	月	日
		昭平令 .		取得	年	月	日
				喪失	年	月	日
		昭平令 .		取得	年	月	日
				喪失	年	月	日
		昭平令 .		取得	年	月	日
				喪失	年	月	日

保険者	名称						
	番号						

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

所在地

保険者名または事業所名

代表者名

電話番号

_____ (印)

注・喪失年月日は退職日の翌日となります