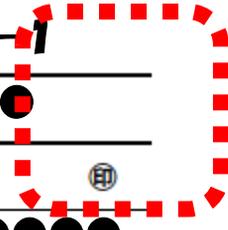


【記入例】

健康保険の資格取得喪失証明書				
被保険者	氏名	市川 太郎	生年月日	昭平 55 . 1 . 1
	住所	市川市南八幡2-20-2		
	記号	●●●	資格	取得 昭平 30 年 10 月 1 日
	番号	●●●●●		喪失 昭平 2 年 3 月 1 日
被扶養者	氏名	生年月日	続柄	資格
	市川 花子	昭平 55 . 1 . 3	妻	取得 30 年 10 月 1 日
				喪失 2 年 3 月 1 日
	市川 次郎	昭平 31 . 1 . 5	子	取得 31 年 1 月 5 日
				喪失 2 年 3 月 1 日
		昭平 . .		取得 年 月 日
				喪失 年 月 日
		昭平 . .		取得 年 月 日
				喪失 年 月 日
		昭平 . .		取得 年 月 日
喪失 年 月 日				
保険者	名称	●●●健康保険組合		
	番号	□□□		
上記のとおり相違ないことを証明します。				
令和 2 年 3 月 3 日				
所在地		市川市▲▲1-1-1		
保険者名または事業所名		株式会社 ●●●●		
代表者名		八幡 八郎 		
電話番号		047-●●●●-●●●●		

注・喪失年月日は退職日の翌日となります

作成のご担当者様

記入例のとおり、欄内の項目すべてを記入し、会社の情報と社印をお願いいたします。