取得

健康保険資格　　　　　証明書

喪失

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **被保険者本人** | 住　所 | |  | | | | | | |
| 氏　名 | |  | | | 性別 | | 男　・　女 | |
| 生年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | |
| 保険者名称 | |  | | | | | | |
| 保険者番号 | |  | | | | | | |
| 事業所名称 | |  | | | | | | |
| 被保険者証記号 | |  | | 番号 | |  | | |
| 資格取得年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | |
| 資格喪失年月日  ※退職日の翌日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | |
| 基礎年金番号 | |  | | | | | | |
| **被扶養者** | 氏　名 | 続柄 | 生年月日 | 認定年月日 | | | | | 削除年月日 |
|  |  |  |  | | | | |  |
|  |  |  |  | | | | |  |
|  |  |  |  | | | | |  |
|  |  |  |  | | | | |  |

　※資格喪失年月日は退職日の翌日です。

上記のとおり相違ないことを証明します。

　　年　　月　　日

　　　事業所または保険者　　住所

　　　　　　　　　　　　　　名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

※国民健康保険および国民年金の資格取得・喪失届に必要ですので、

　ご協力お願いします。