

資 格 （ 取 得 ・ 喪 失 ） 証 明 書

被保険者	氏名		生年月日	年 月 日	
	住所				
健康保険の 種類等	保険者番号				
	保険者名				
	記号番号	記号	番号		
	資格取得日	退職日		資格喪失日 (退職日の翌日)	
	年 月 日	年 月 日		年 月 日	
被扶養者	氏 名	生年月日	続柄	資格取得日	資格喪失日
		年 月 日		年 月 日	年 月 日
		年 月 日		年 月 日	年 月 日
		年 月 日		年 月 日	年 月 日
		年 月 日		年 月 日	年 月 日
		年 月 日		年 月 日	年 月 日

上記のとおり証明する。

年 月 日

所在地

事業主

代表者

印

電話番号