

健康保険資格 取得・喪失 証明書

保険者名		被保険者証記号			
保険者番号		被保険者証番号			
	氏 名	続柄	生年月日	資格取得年月日	資格喪失年月日 (最終勤務日の翌日)
本人		—	年 月 日	年 月 日	年 月 日
被 扶 養 者			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
資格喪失の理由					

上記のとおり健康保険の資格を 取得・喪失 したことを証明します。

須恵町長 殿

_____年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____

(印)

(※事業所代表者若しくは加入していた健康保険者等の証明が必要です)