

健康保険（共済組合等）資格 取得 喪失 証明書

取得・喪失のどちらかを○で囲んで下さい。

| 住 所 | | | | 電 話 () | | | | |
|-------------------------------|------------------|-----------------|-----------------|-------------------------------------|---|--|--|--|
| 区 分 | 氏 名 | 生年月日 | 続柄 | 取得又は喪失年月日 | 取得又は喪失の事由 | | | |
| 被 保 険 者 (組合員) | | 昭 平 令 . . | 本人 | 平・令 . . (喪失日は退職した日の翌日) | 1. 就職又は国保組合への加入 2. 退職又は国保組合の脱退 3. その他 事由 | | | |
| | 被 扶 養 者 | | 昭 平 令 . . | 平・令 . . | | | | 1. 被保険者（組合員）の資格取得又は喪失に伴うもの。 2. 就職又は就労により被扶養者に該当しなくなった。 3. 収入減により被扶養者に該当した、又は収入増により被扶養者に該当しなくなった。 4. その他 事由 該当番号を○で囲んで下さい。 |
| | | | 昭 平 令 . . | 平・令 . . | | | | |
| | | | 昭 平 令 . . | 平・令 . . | | | | |
| 健康保険(共済組合等)の番号 | 保 険 者 番 号 | 記 号 番 号 | 保 険 者 名 | 厚生年金(共済年金)の記号番号 | | | | |

上記のとおり証明します。
 令和 年 月 日

事業所所在地
 事業所名
 電 話 ()
 印