**健康保険資格（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 | 保険者記号・番号 | |  | | | | | | | | |
| 保険者名 | |  | | | | | | | | |
| 基礎年金番号 | |  | | | | | | | | |
| 資格取得日 | | | | 退職日 | | | | | 資格喪失日 | |
| 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 |

以上の通り証明します。

　　年　　月　　日

所在地

事業主

代表者

電話番号