

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。

平成 年 月 日

所在地

事業主

代表者

電話番号