

健康保険資格 取得喪失 証明書

富士河口湖町長 あて

年 月 日

保険者または事業所

名 称

印

所 在 地

電 話 番 号

()

担当者

下記のとおり証明します。

記

健康保険被保険者証	保険者名		保険者番号	
	記号番号	—		
被保険者氏名		被保険者生年月日	年 月 日	
被保険者住所				
資格取得年月日	年 月 日 (取得および喪失時記入)			
資格喪失年月日 (退職日の翌日)	年 月 日 (喪失の場合のみ記入)			
退職日	年 月 日 (喪失の場合のみ記入)			
被扶養者氏名	続柄	生年月日	認定(取得)年月日 抹消(喪失)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 年 月 日	
		年 月 日	年 月 日 年 月 日	

(記入にあたってのお願い)

- ① 資格喪失日は退職日の翌日を記入してください。
- ② 被保険者(本人)の資格取得または資格喪失の際に被扶養者がいる場合は必ず記入してください。
- ③ 資格喪失の際は資格取得日も合わせて記入してください。