

## 健康保険資格取得・喪失証明書

被保険者氏名	男 ・ 女	生年月日	(昭・平・令) 年 月 日
住 所			
取得年月日	年 月 日		
喪失年月日	年 月 日 (退職日 年 月 日)		
健康保険	記号		番号
被 扶 養 者	氏 名	生 年 月 日	喪失年月日
		(大・昭・平・令) 年 月 日	年 月 日
		(大・昭・平・令) 年 月 日	年 月 日
		(大・昭・平・令) 年 月 日	年 月 日
		(大・昭・平・令) 年 月 日	年 月 日
		(大・昭・平・令) 年 月 日	年 月 日
<p>上記のとおりであることを証明します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">事業主 住 所</p> <p style="text-align: center;">名 称 印</p> <p style="text-align: center;">(担当者： 電話： )</p>			