

# 健康保険資格取得・喪失証明書

1. 健康保険加入者について記入してください。

(本人)

氏名		生年月日	昭平令	年	月	日			
住所									
資格取得日	昭平令	年	月	日	資格喪失日	昭平令	年	月	日

(被扶養者)

1	氏名		生年月日	昭平令	年	月	日		
	資格取得日	昭平令	年	月	日	資格喪失日	昭平令	年	月
2	氏名		生年月日	昭平令	年	月	日		
	資格取得日	昭平令	年	月	日	資格喪失日	昭平令	年	月
3	氏名		生年月日	昭平令	年	月	日		
	資格取得日	昭平令	年	月	日	資格喪失日	昭平令	年	月
4	氏名		生年月日	昭平令	年	月	日		
	資格取得日	昭平令	年	月	日	資格喪失日	昭平令	年	月
5	氏名		生年月日	昭平令	年	月	日		
	資格取得日	昭平令	年	月	日	資格喪失日	昭平令	年	月

2. 健康保険の内容について記入してください。

保険者	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会	支部			
	<input type="checkbox"/>	健康保険組合			
保険者番号		記号		番号	

上記の通りであることを証明します。

令和 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

印

事業所電話番号

保険事務担当者 部署

氏名