

健康保険資格取得・喪失証明書

遠軽町長 様

被保険者本人		住所					
		氏名					
保険者名					記号		
保険者番号					番号		
資格取得又は喪失する者	区分	氏名	性別	生年月日	続柄	資格取得年月日 ----- 資格喪失年月日	
	本人		男女	昭 平 年 月 日	本人	年 月 日 ----- 年 月 日	
	被扶養者			男女	昭 平 年 月 日		年 月 日 ----- 年 月 日
				男女	昭 平 年 月 日		年 月 日 ----- 年 月 日
				男女	昭 平 年 月 日		年 月 日 ----- 年 月 日
				男女	昭 平 年 月 日		年 月 日 ----- 年 月 日
	資格喪失の理由	1 被保険者が退職したため 退職日 年 月 日 2 被保険者が後期高齢者医療制度に加入したため 3 その他 ()					
※ 資格喪失年月日は退職日の翌日になります。							

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

保険者 所在地
(事業所)

名称

代表者

Ⓜ

電話番号

※ この証明書は、事業所・保険者・社会保険事務所・健康保険組合等が記入・証明してください。