

◎この用紙は事業主の方が記入してください

年 月 日

上板町長 殿

事業所の所在地 \_\_\_\_\_

事業所の名称  
及び代表者 \_\_\_\_\_ 印

電話番号 \_\_\_\_\_

下記のとおり、証明します。

### 健康保険資格（取得・喪失）証明書

保険の種類 記号番号	協会けんぽ	組合健保	記号	番号	保険者番号
	船員保険	共済健保			
	日雇保険	国保組合			
被保険者	住 所				
	氏 名		生 年 月 日	年 月 日	
	資格取得年月日	年 月 日			
	退 職 日	年 月 日			
	資格喪失年月日 (退職日の翌日)	年 月 日			
被扶養者	氏名	生年月日	資格取得年月日	資格喪失年月日 (退職日の翌日)	
		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	
備考	※被扶養者のみ喪失する場合は、その理由を記入してください。				