

◎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。 | | | | |