

被保険者証番号

健康保険資格喪失(取得)証明書

平成 年 月 日

檜葉町長 様

事業主

印

下記の者が健康保険の被保険者(被扶養者)資格を平成 年 月 日から喪失(取得)していることを証明します。

被 保 険 者					
記号	番号	資格取得日	平成 年 月 日		
住所	世帯主名				
氏名	生年月日	昭和・平成 年 月 日			
被 扶 養 者					
氏名	性別	生 年 月 日	続柄	継続給付(傷病名)	備考
		昭和・平成 . .			
		昭和・平成 . .			
		昭和・平成 . .			
		昭和・平成 . .			
		昭和・平成 . .			
		昭和・平成 . .			
理由	1. 健康保険資格喪失のため 2. その他				