

被保険者証番号							
---------	--	--	--	--	--	--	--

健康保険資格喪失(取得)証明書

令和 年 月 日

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 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	
住 所				世帯主名	
氏 名			生年月日	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
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
理 由		①. 健康保険資格喪失のため 2. その他			