

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		
		年	月	日		
理由	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 健康保険資格喪失のため 2. その他					