

健康保険資格《取得》証明書

上峰町長 様

令和 年 月 日

下記の者は、健康保険の 被保険者 被扶養者 の資格を 取得 喪失 していることを証明します。

所在地 _____
保 険 者 名 称 _____
または 代表者 _____ (印)
事 業 主 TEL _____
担当者名()

記

氏 名	続柄	性別	資格	<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 喪失	年月日	喪失理由 (資格喪失のときのみ記入)
被保険者証の 記号						
被保険者 被扶養者	上峰町大字					
昭・平・令 年 月 日	本人	男・女	令和 年 月 日			<input type="checkbox"/> 退職(年 月 日) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度加入 <input type="checkbox"/> その他()
昭・平・令 年 月 日		男・女	令和 年 月 日			<input type="checkbox"/> 被保険者の資格喪失 <input type="checkbox"/> 収入による制限 <input type="checkbox"/> その他()
昭・平・令 年 月 日		男・女	令和 年 月 日			<input type="checkbox"/> 被保険者の資格喪失 <input type="checkbox"/> 収入による制限 <input type="checkbox"/> その他()
昭・平・令 年 月 日		男・女	令和 年 月 日			<input type="checkbox"/> 被保険者の資格喪失 <input type="checkbox"/> 収入による制限 <input type="checkbox"/> その他()
昭・平・令 年 月 日		男・女	令和 年 月 日			<input type="checkbox"/> 被保険者の資格喪失 <input type="checkbox"/> 収入による制限 <input type="checkbox"/> その他()

(記入に当たっての注意)

1. 保険者または事業主に証明を受けてください。
2. 資格喪失年月日は、退職年月日の翌日になります(任意継続被保険者を除く)。
3. 被扶養者欄は、被扶養者として認定または認定を抹消された場合に記入してください。
(ア)本人の資格取得又は喪失の際に、被扶養者がある場合も必ず記入してください。
(イ)被扶養者のみの異動の場合でも、被保険者欄の氏名・生年月日・性別は必ず記入してください。