

健康保険資格 取得・喪失 証明書

(宛先) 高槻市長

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

令和 年 月 日

所在地

事業所 (保険者)

名称

代表者

印

TEL (- - 担当者)

記

健康保険の 記号・番号	保険者名	保険者番号				
	記号	番号				
被保険者	住 所					
	氏 名					
	生 年 月 日	昭和・平成・令和	年	月	日	
	資格取得年月日	平成・令和	年	月	日	
	退 職 日	平成・令和	年	月	日	
	資格喪失年月日 (退職日の翌日)	平成・令和	年	月	日	
被扶養者	氏 名	生 年 月 日	続柄	資格取得年月日	資格喪失年月日	
		昭和 平成 令和	年 月 日		平成 令和	年 月 日
		昭和 平成 令和	年 月 日		平成 令和	年 月 日
		昭和 平成 令和	年 月 日		平成 令和	年 月 日
		昭和 平成 令和	年 月 日		平成 令和	年 月 日
		昭和 平成 令和	年 月 日		平成 令和	年 月 日

【記入にあたっての注意】

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日の翌日となります (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。
 - ① 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。
 - ② 被扶養者のみの異動の場合でも、被保険者欄の住所・氏名・生年月日は必ず記入してください。