

室戸市長 殿

(組合同保 船員保険 日雇保険 健康保険 共済組合保険)  
資格取得喪失証明書

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

令和 年 月 日

所在地

事業所(または保険者)

名称

代表者

TEL - - 担当者

記

健康保険の種類	保険者名				
	保険者番号		記号・番号		
基礎年金番号					
被保険者	氏名				
	生年月日	昭和・平成	年	月	日
	資格取得年月日	昭和・平成・令和	年	月	日
	退職日	昭和・平成・令和	年	月	日
	資格喪失年月日 (退職日の翌日)	昭和・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・平・令 年 月 日		昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日
		昭・平・令 年 月 日		昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日
		昭・平・令 年 月 日		昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日
		昭・平・令 年 月 日		昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日
		昭・平・令 年 月 日		昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日

【事業所へのお願い】この証明書は国民健康保険の資格取得(喪失)するための必要書類ですので、各欄もれなく記載のうえ本人にお渡してください。