

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 資格を したことを証明します。
 被扶養者 喪失

該当するものにチェックをいれてください。

令和 3 年 4 月 1 日

事業所(または保険者)

所在地 室戸市浮津25番地1

名称 室戸〇〇会社

代表者 室戸 太郎

TEL 0887-22-5133 担当者 事務 戸室

※必ず事業所の方がご記入ください

記

健康保険の種類	保険者名	全国健康保険協会 〇〇支部			
	保険者番号	1234567	記号・番号	123	
基礎年金番号	1234-567890				
被保険者	氏名	室戸 花子			
	生年月日	昭和 平成	2年	12月	1日
	資格取得年月日	昭和・平成・令和	31年	4月	1日
	退職日	昭和 平成・令和	3年	3月	31日
	資格喪失年月日 (退職日の翌日)	昭和・平成 令和	3年	4月	1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
	室戸 二郎	昭・平・令 27年 2月 1日	子	昭・平・令 31年 4月 1日	昭・平・令 3年 4月 1日
	室戸 花美	昭・平・令 29年 2月 3日	子	昭・平・令 31年 4月 1日	昭・平・令 3年 4月 1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ください。