

健康保険資格（取得・認定・喪失・抹消）証明書

健康保険	記号	999999	番号	999999
保険者名称	〇〇健康保険組合		保険者番号	999999
被 保 険 者	住所	堺市場区〇〇〇〇〇		
	氏名	続柄	生年月日	資格取得年月日
	堺太郎	本人	▲▲ 〇年 〇月 〇日	資格喪失年月日 (退職年月日※)
				年 月 日 ▲▲〇年 〇月 〇日 (▲▲□年 □月 □日退職)
被 扶 養 者	氏名	続柄	生年月日	資格取得・認定年月日
	堺次郎	子	▲▲ 〇年 〇月 〇日	資格喪失・抹消年月日
				年 月 日 ▲▲ 〇年 〇月 〇日
	堺三郎	子	▲▲ 〇年 〇月 〇日	年 月 日
				▲▲ 〇年 〇月 〇日
			年 月 日	年 月 日
			年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日	
		年 月 日	年 月 日	

上記のとおりであることを証明します。

▲▲ 〇年 〇月 〇日

事業所または保険者

所在地 堺市西区〇〇〇〇〇

名称(代表者氏名) 株式会社〇〇 印

社印(代表者印)

電話番号 (〇〇〇) 〇〇〇—〇〇〇〇

担当者名: 〇〇

<事業所又は保険者の皆様へ>

※退職による資格喪失の場合のみ、退職年月日もご記入ください。なお退職による資格喪失年月日は、退職日の翌日となります。

- ・資格を取得・認定・喪失・抹消した全員の項目を記入してください。
- ・証明書はこの様式によらなくても差し支えありません。

<国民健康保険へ加入予定の皆様へ>

国民健康保険加入の届け出は、資格喪失年月日から14日以内に行ってください。加入の届け出には、喪失・抹消証明書が必要となります。事業所又は健康保険の保険者(協会けんぽ、健康保険組合、共済組合、国民健康保険組合)の証明を受けてください。