健康保険　資格取得（喪失）証明書

被保険者	住　所			
	氏　名		性　別	男　・　女
	生年月日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日		
	保険者の名称又は保険者の番号			
	被保険者証の記号・番号			
	基礎年金番号	―		
	資格取得年月日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日		
	資格喪失年月日（退職日の翌日）	年　　月　　日		
	資格取得・喪失の理由	□ 退職　□ 退職以外 （　　）		

被扶養者	氏　名	生年月日	続柄	認定・抹消年月日
		昭・平・令　年　月　日		□ 認定　□ 抹消 年　月　日
		昭・平・令　年　月　日		□ 認定　□ 抹消 年　月　日
		昭・平・令　年　月　日		□ 認定　□ 抹消 年　月　日
		昭・平・令　年　月　日		□ 認定　□ 抹消 年　月　日
		昭・平・令　年　月　日		□ 認定　□ 抹消 年　月　日

（性別、元号、取得・喪失、認定・抹消は該当に〇又はチェックを付けてください。）

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和　　年　　月　　日

所 在 地

証 明 者 名　　称　　㊞

（事業所）　代 表 者

電話番号　　（　　）　　担当者：

（記入にあたってのお願い）

1．被保険者の取得・喪失の際に、被扶養者がある場合は被扶養者欄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及び被扶養者欄の全てを記入してください。