

健康保険資格（取得・喪失）証明書

令和 年 月 日

阿波市長 様

事業所 所在地 _____

名 称 _____

代 表 者 _____ (印)

電話番号 _____

下のおり証明します。

健康保険の被保険者		記号	番号		保険者番号			
記号・番号								
被 保 険 者	氏名		男・女	生年月日	昭 平・令	年 月 日		
	住所							
	資格取得年月日	昭・平・令	年	月	日	年金手帳の基礎年金番号		
	退職年月日	平・令	年	月	日			
	資格喪失年月日	平・令	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	平・令	年 月 日
		昭 平・令	年 月 日		昭 平・令	年 月 日	平・令	年 月 日
		昭 平・令	年 月 日		昭 平・令	年 月 日	平・令	年 月 日
		昭 平・令	年 月 日		昭 平・令	年 月 日	平・令	年 月 日
		昭 平・令	年 月 日		昭 平・令	年 月 日	平・令	年 月 日
備考	被扶養者のみ取得・喪失する場合は、その理由を記入してください。							

【記入上の注意】

- この証明書は、会社の方が記入してください。
- 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。
- 被扶養者の認定及び認定解除の場合でも、同様にすべての欄を記入してください。
- 被保険者欄の喪失年月日は退職年月日の翌日になります。

◎この証明書は、国民健康保険の手続きの際に、印かん等を持参のうえ市役所へ提出してください。