

健康保険資格(取得・喪失)証明書

被保険者証	記号		番号		現住所		
保険者名 (保険者番号)		()					
被保険者 または 組合員	氏名	生年月日	性別	続柄	被保険者証の資格取得・喪失日		
	フリガナ	明・大・昭・平 年 月 日	男・女	本人	平成 平成	年 月 日 年 月 日	取得 喪失
被扶養者 または 組合員の家族	フリガナ	明・大・昭・平 年 月 日	男・女		平成 平成	年 月 日 年 月 日	取得 喪失
	フリガナ	明・大・昭・平 年 月 日	男・女		平成 平成	年 月 日 年 月 日	取得 喪失
	フリガナ	明・大・昭・平 年 月 日	男・女		平成 平成	年 月 日 年 月 日	取得 喪失
	フリガナ	明・大・昭・平 年 月 日	男・女		平成 平成	年 月 日 年 月 日	取得 喪失
	フリガナ	明・大・昭・平 年 月 日	男・女		平成 平成	年 月 日 年 月 日	取得 喪失
	フリガナ	明・大・昭・平 年 月 日	男・女		平成 平成	年 月 日 年 月 日	取得 喪失
	フリガナ	明・大・昭・平 年 月 日	男・女		平成 平成	年 月 日 年 月 日	取得 喪失
	フリガナ	明・大・昭・平 年 月 日	男・女		平成 平成	年 月 日 年 月 日	取得 喪失
資格喪失の理由 (該当番号に○印をつけてください)		1.退職 2.死亡退職 3.申出 4.扶養基準収入超過 5.その他()					
上記のとおり証明します。							
平成 年 月 日							
所在地							
保険者または 事業所名称						印	
電話番号							
水俣市長 様							

* すべての項目について、事業所(勤務先)または保険者に証明していただくものです。