

取得
健康保険資格 証明書
喪失

被 保 険 者 本 人	住 所				
	氏 名			性別	男 ・ 女
	生年月日		年 月 日		
	保険者名称				
	保険者番号				
	事業所名称				
	被保険者証記号			番号	
	資格取得年月日		年 月 日		
	資格喪失年月日 ※退職日の翌日		年 月 日		
	基礎年金番号				
被 扶 養 者	氏 名	続柄	生年月日	認定年月日	削除年月日

※資格喪失年月日は退職日の翌日です。

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日
事業所または保険者 住所
名称 印

※国民健康保険および国民年金の資格取得・喪失届に必要ですので、
ご協力をお願いします。