

健康保険 資格取得及び喪失証明書

(国民健康保険資格手続き用)

この用紙は、すべて事業所で記入してください

- ◆取得の理由 ・就職 ・被扶養者認定 (どちらかに○をしてください)
- ◆離脱の理由 ・退職 ・被扶養者認定除外 (どちらかに○をしてください)

保険者 保険組合		の名称	保険者 保険組合		の番号
被保険者	住所		被保険者証 記号・番号		
	氏名		大昭 平令	年	月 日
取得年月日	平成 令和	年	月	日	
退職年月日	平成 令和	年	月	日	資格喪失年月日 (注、退職日の翌日) 平成 令和 年 月 日
被 扶 養 者	氏名	生年月日	続柄	被扶養者としての認定 をされた年月日	被扶養者としての認定 を除外された年月日
		大昭 平令	・	平成 令和	平成 令和
		大昭 平令	・	平成 令和	平成 令和
		大昭 平令	・	平成 令和	平成 令和
		大昭 平令	・	平成 令和	平成 令和

上記のとおり相違ないことを証明いたします。 令和 年 月 日 (事業所取扱者氏名)

事業所所在地

名 称 (電話)

健康保険 資格取得及び喪失証明書

(国民健康保険資格手続き用)

この用紙は、すべて事業所で記入してください

- ◆取得の理由 ・就職 ・被扶養者認定 (どちらかに○をしてください)
- ◆離脱の理由 ・**退職** ・被扶養者認定除外 (どちらかに○をしてください)

記入例

保険者 保険組合		の名称	〇〇産業健康保険組合	保険者 保険組合		の番号	060000000
被保険者	住所		松本市丸の内3番7号 〇〇荘〇〇〇号室		被保険者証 記号・番号		
	氏名		松本 〇 〇	大昭 平令	2 3 3	日	△△1234567
取得年月日	平成 令和	年	月	日			
退職年月日	平成 令和	2 年	2 月	14 日	資格喪失年月日 (注、退職日の翌日)	平成 令和	2 年 2 月 15 日
被 扶 養 者	氏名	生年月日	続柄	被扶養者としての認定 をされた年月日	被扶養者としての認定 を除外された年月日		
	松本 〇 〇	大昭 平令	4 5 5	妻	平成 令和	平成 令和	2 2 15
	松本 〇 〇	大昭 平令	元 7 7	子	平成 令和	平成 令和	2 2 15
	松本 〇 〇	大昭 平令	34 11 3	父	平成 令和	平成 令和	2 2 15
	松本 〇 〇	大昭 平令	35 10 10	母	平成 令和	平成 令和	2 2 15

上記のとおり相違ないことを証明いたします。 令和 2 年 2 月 14 日 (事業所取扱者氏名)

事業所所在地 松本市壱ヶ崎2丁目4番40号 〇〇ビル4階 長野 〇 〇

名 称 〇〇産業株式会社 社長 朝日 太郎 (電話 0263-12-1234)

問い合わせ先

松本市役所 保険課
〒390-8620 松本市丸の内3番7号
TEL 0263-34-3203
Fax 0263-39-2523

どうぞお気軽に
お問い合わせください

社長でなくても営業所長、支店長、
工場長等の記名でも可