

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 | | |
| 取得年月日 | 平成 令和 | 年 | 月 | 日 | | | | | | |
| 退職年月日 | 平成 令和 | 2 | 2 | 14 | 資格喪失年月日(注、退職日の翌日) | 平成 令和 | 2 | 2 | 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