

【記入例】

健康保険資格（取得・喪失）証明書

令和 年 月 日

（届け先）

九十九里町長

保険者
または
事業所

名称 ○○○○事業所

印

←社判(角印など)の
押印をお願いします

所在地 千葉県山武郡九十九里町○○○○番地

電話番号 123-456-7890

下記の者の当保険における 1.被保険者本人・2.被扶養者の資格について証明します。

健康保険 被保険者証	保険者名称	●●健康保険	保険者番号	△△
	記号	00000000	番号	000000000
被保険者本人	氏名 九十九 太郎	男	生年月日 明大 昭平 令 50年 5月 5日	女
		女		

（異動者に関する記入欄）

資格取得年月日	昭和 平成 令和	20年 4月 1日	資格喪失年月日※1	昭和 平成 令和	31年 4月 1日
被保険者の住所	千葉県山武郡九十九里町☆☆☆☆番地				
資格異動の理由	※保険資格がなくなったことの原因（退職による・・・など）				
資格異動者の氏名	生 年 月 日		性別	被保険者との続柄	
九十九 太郎	明大 昭平 令	50年 5月 5日	男 女		
九十九 花子	明大 昭平 令	53年 3月 3日	男 女		
	明大 昭平 令	年 月 日	男 女		
	明大 昭平 令	年 月 日	男 女		
	明大 昭平 令	年 月 日	男 女		

【記入についてのお願い】

記入される際には、次の事項にご注意のうえ証明願います。

- ※1 退職の場合、資格喪失年月日は、退職した日の翌日です。
- ※2 証明については、必ず保険者又は事業所で記入し、押印してください。
- ※3 資格異動者の氏名欄には異動のあった者全員(被保険者も含む)の氏名を必ず記入してください。