

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

印

所在地

電話番号

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		保険者番号	
	記号		番号	
被保険者本人	氏名		男	生年月日 明 大 昭 平 令
			女	年 月 日

（異動者に関する記入欄）

資格取得年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	資格喪失年月日※1	昭和 平成 令和	年 月 日
被保険者の住所					
資格異動の理由					
資格異動者の氏名	生 年 月 日		性別	被保険者との続柄	
	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		
	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。