

健康保険 被保険者 資格(取得・喪失)証明書  
被扶養者

記号				番号										
保険者名				保険者番号										
被保険者 又は 組合員	住所													
	氏名				生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日					
被保険者 (組合員) 証 資格取得 喪失年月日	取得年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	喪失年月日 (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	資格認定年月日			資格抹消年月日					
		昭和 平成 令和	年	月	日		昭和 平成 令和	年	月	日	平成 令和	年	月	日
		昭和 平成 令和	年	月	日		昭和 平成 令和	年	月	日	平成 令和	年	月	日
		昭和 平成 令和	年	月	日		昭和 平成 令和	年	月	日	平成 令和	年	月	日
		昭和 平成 令和	年	月	日		昭和 平成 令和	年	月	日	平成 令和	年	月	日
		昭和 平成 令和	年	月	日		昭和 平成 令和	年	月	日	平成 令和	年	月	日

上記のとおり証明します。

年 月 日

事業所等名

印

所在地

電話番号

【記載上の注意】

- この証明書は、必ず事業所または保険者が記載、押印してください。
- 「喪失年月日」は退職日の翌日となります。
- 「被扶養者」欄は、被扶養者として認定または認定を抹消された場合に記入してください。  
本人の資格取得または喪失の際に、被扶養者がある場合も必ず記入してください。