

— 国民健康保険の届け出に必要ですから、下記の内容について証明をお願いいたします。 —

住 所

氏 名

☎ () (—)

記

資格(取得・喪失)証明書

健康保険証 記号番号	記号	番号		保険者 番 号	資格取得年月日	資格喪失年月日
		被保険者又は 組合員との続柄	枝 番			
本 人	氏 名	本 人			昭・平・令 年 月 日	平・令 年 月 日
被扶養者					昭・平・令 年 月 日	平・令 年 月 日
被扶養者					昭・平・令 年 月 日	平・令 年 月 日
被扶養者					昭・平・令 年 月 日	平・令 年 月 日
被扶養者					昭・平・令 年 月 日	平・令 年 月 日
被扶養者					昭・平・令 年 月 日	平・令 年 月 日
被扶養者					昭・平・令 年 月 日	平・令 年 月 日

(注意) 資格喪失日は、退職日の翌日です。

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

(事業所又は保険者) 名 称

所在地

代表者の氏名

☎ () (—) (印)