―　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 |  |
|  | 氏　　　名 | 被保険者又は組合員との続柄 | 枝 番 | 資格取得年月日 | 資格喪失年月日 |
| 本　　人 |  | 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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

☎　(　　　　)(　　　　―　　　　　)