

健 康 保 險 資 格 等 取 得 ・ 襲 失 証 明 書

被 保 險 者	氏 名	(昭・平 年 月 日生)			
	住 所				
	健康保険記号番号 (記号) (番号)	基礎年金番号			
	健康保険の資格取得 又は喪失年月日	取 得 し た 日	昭和・平成 年 月 日		
		退 職 し た 日	昭和・平成 年 月 日		
		喪 失 し た 日 (退職した日の翌日)	昭和・平成 年 月 日		
	氏 名	続 柄	生年月日		認定・喪失年月日
		年 月 日		認定	年 月 日
				喪失	年 月 日
		年 月 日		認定	年 月 日
				喪失	年 月 日
		年 月 日		認定	年 月 日
				喪失	年 月 日
備 考					

上記のとおり証明します。

平成 年 月 日

事業所所在地

事 業 所 名

(印)