

健康保険資格 取得 喪失 証明書

被 保 険 者	住 所	木田郡三木町大字			番地
	氏名・生年月日			昭和 平成	年 月 日
	事業所名				
	保険者名称 ・保険者番号	名称			保険者 番号
	保険証記号・番号	記号			番号
	資格取得日	年 月 日 取得			
	退職日	平成 年 月 日 退職			
	資格喪失月日 (退職の翌日)	平成 年 月 日 喪失			
	喪失理由				
被 扶 養 者	氏名	生年月日	資格取得日 喪失年月日	喪失理由	
		S H	S・H H		
		S H	S・H H		
		S H	S・H H		
		S H	S・H H		
		S H	S・H H		

上記のとおり証明します。
平成 年 月 日

住 所

保険者・事業所名

(印)

電 話 番 号

三 木 町 長 殿

注) この証明書は、保険者または事業所が証明してください。
注) 国民年金以外の公的年金(厚生年金、共済年金等)を受給している方(65歳未満)は、年金証書もご持参下さい。

