

健康保険資格（**取得**）**喪失**）証明書

尼崎市 市長 様

年 月 日

下記の者は、健康保険の 被保険者 被扶養者 の資格を 取得 喪失 していることを証明します。

所在地 _____

保 険 者 名 称 _____

または事業主 代表者 _____ 印

TEL (_____) 担当者名 _____

記

(保険者情報) 必ずご記入下さい

保険者名 (チェックをして下さい)	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会管掌健康保険(協会けんぽ) <input type="checkbox"/> 共済組合	<input type="checkbox"/> 国民健康保険組合	<input type="checkbox"/> 組合管掌健康保険 <input type="checkbox"/> 船員保険
保険者番号		基礎年金番号	
被保険者証 の記号		被保険者証 の番号	

(被保険者欄) 必ずご記入下さい

氏 名 生 年 月 日	続柄	資 格	取得 喪失	年 月 日	喪 失 理 由 (資格喪失の時のみ記入)
(被保険者)	本人	平成 年 月 日 (退職日:平成 年 月 日) (該当する場合のみご記入下さい)	取得	年月日	退職 任意継続の終了 その他()
昭和・平成 年 月 日					
住所					

(被扶養者欄) 被扶養者の異動がある場合のみご記入下さい

氏 名 生 年 月 日	続柄	資 格	認定 抹消	年 月 日	喪 失 理 由 (資格喪失の時のみ記入)
(被扶養者)		平成 年 月 日		年月日	被保険者の喪失 収入要件 その他()
昭和・平成 年 月 日					
(被扶養者)		平成 年 月 日		年月日	被保険者の喪失 収入要件 その他()
昭和・平成 年 月 日					
(被扶養者)		平成 年 月 日		年月日	被保険者の喪失 収入要件 その他()
昭和・平成 年 月 日					
(被扶養者)		平成 年 月 日		年月日	被保険者の喪失 収入要件 その他()
昭和・平成 年 月 日					

(記入にあたっての注意)

1. 保険者または事業主に証明を受けてください。
2. 資格喪失年月日は、退職年月日の翌日となります(任意継続被保険者を除く)。
3. 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。
 - (ア) 本人の資格取得又は喪失の際に、被扶養者がある場合も必ず記入してください。
 - (イ) 被扶養者のみの異動の場合でも、保険者情報欄、被保険者欄は必ず記入してください。