

常務理事	事務長	担当者	担当者

健康保険 被保険者 資格 取得 証明書発行依頼書
 被扶養者 喪失

事業所名称									
被保険者証		記号				番号			
被保険者	フリガナ								
	氏名	※押印不要です							
	性別・生年月日	男・女	昭・平・令	年	月	日			
	現住所								
	資格取得年月日	昭・平・令	年	月	日				
	資格喪失年月日※	昭・平・令	年	月	日				
被扶養者 (該当者のみ)	フリガナ	生年月日		続柄 妻、長男等	資格取得・喪失年月日				
	氏名	元号	年	月	日	元号	年	月	日
		元号	年	月	日	元号	年	月	日
		元号	年	月	日	元号	年	月	日
		元号	年	月	日	元号	年	月	日
資格取得・喪失の理由									

※資格喪失年月日は、退職日の翌日です。

健保受付印

上記について証明願います。

証明依頼年月日 令和 年 月 日