

健康保険資格取得喪失証明書

種別	健康保険協会、健康保険組合、 共済組合、船員保険、国保組合			資格得喪者の保険証		被保険者 又は組合員 の住所	
				記号	番号		
区分	枝番	氏名	生年月日	続柄	取得 喪失 年月日	取得・喪失の理由	備考
被保険者 又は 組合員			昭・平・令 . .		得・喪 . .	I 就職又は就労 II 国保組合に加入 III 退職又は国保組合の脱退 IV 任意継続被保険者の資格喪失 V 日雇特例被保険者手帳返納 VI その他 1.被保険者又は組合員の資格取得に伴うもの 2.被保険者又は組合員の資格喪失に伴うもの 3. _____により被扶養者に該当した 4. _____により被扶養者に該当しなくなった	
上記の被保険者又は国保組合員の家族			昭・平・令 . .		得・喪 . .		
			昭・平・令 . .		得・喪 . .		
			昭・平・令 . .		得・喪 . .		
			昭・平・令 . .		得・喪 . .		
			昭・平・令 . .		得・喪 . .		
上記のとおり証明します。 令和 年 月 日 証明者所在地 宇和島市長 殿 名称 代表者 TEL (- -)							

- 【注】
- ①この証明書は、事業主又は保険者等が証明してください。
 - ②この証明書は、被保険者又は組合員と新たに被扶養者等の資格を取得・喪失した者について記入してください。
 - ③種別は、該当する社会保険を○で囲んでください。
 - ④取得・喪失は、得・喪いずれかを○で囲んでください。
 - ⑤取得・喪失の理由は、該当するものを○で囲み、3・4については、理由も略記してください。
 - ⑥喪失日は、退職又は死亡日の翌日です。