

練馬区長殿

健康保険資格 取得 喪失 証明書

| | | | | |
|--------|----------------------------|-----|------|-----------------------|
| 保険者の名称 | 健康保険組合 共済組合 国民健康保険組合 | | | |
| 被保険者証 | 記号 | | 番号 | |
| 被保険者名 | 取得年月日 | | 年 | 月 日 |
| | 喪失年月日 | | 年 | 月 日 |
| 生年月日 | 年 | 月 日 | 喪失理由 | 退職（ 年 月 日付） その他（ ） |

| 被扶養者 | 続柄 | 氏名・生年月日 | 認定年月日 | 削除年月日 | 退職以外のときの喪失理由 |
|------|----|---------|-------|-------|--------------|
| | | | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| | | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | |
| | | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | |
| | | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | |
| | | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | |

上記のとおり、健康保険の資格を 取得 喪失 したことを証明します。

年 月 日

保険者または事業所の 所在地
名称
代表者
電話番号



【注意】

- 被扶養者の欄にも、漏れのないようご記入下さい。
- 資格喪失年月日＝退職または死亡日の翌日です。
- 職場の証明印（※）、健康保険組合・国保組合の保険者印、または年金事務所の確認印が必要です。
※実際の勤務場所（支社、支店、営業所など）の証明印で結構です。