

健康保険資格（取得・喪失）証明書

※必ず事業主が記入してください

1. 被保険者（本人）

住 所	大津町		
氏 名		生年月日	年 月 日
健康保険の記号		健康保険の番号	
保 険 者 番 号		保 険 者 名 称	
取得・喪失年月日	年 月 日（退職による喪失の場合は退職日の翌日）		

2. 被扶養者（家族）

※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

住 所	氏 名	生 年 月 日	取 得 ・ 喪 失 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（取得・喪失）したことを証明する。

令和 年 月 日

住 所

事業主

氏 名

印

TEL

大 津 町 長 様

<記載上の注意>

本人の資格取得または資格喪失の際に、被扶養者がいる場合も必ず記入してください。

なお、被扶養者の移動だけの場合でも、「1. 被保険者（本人）」欄は必ず記入してください。

記入例

健康保険資格（取得・喪失）証明書

※必ず事業主が記入してください

1. 被保険者（本人）

住所	大津町 大津1233番地		
氏名	大津 太郎	生年月日	平成2年8月1日
健康保険の記号	0123456	健康保険の番号	789
保険者番号	01430016	保険者名称	全国健康保険協会熊本支部
取得・喪失年月日	令和3年 4月 1日（退職による喪失の場合は退職日の翌日）		

令和3年3月31日退職の場合

2. 被扶養者（家族）

※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

住所	大津町大津1233番地		
氏名	生年月日	取得・喪失年月日	
大津 花子	平成2年12月10日	令和3年 4月 1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（取得・喪失）したことを証明する。

令和 3年 4月 10日

住所 熊本県菊池郡大津町〇〇〇〇〇

事業主 氏名 株式会社〇〇商事 代表 熊本二郎 印

TEL 096-293-〇〇〇〇

大津町長様

<記載上の注意>

本人の資格取得または資格喪失の際に、被扶養者がいる場合も必ず記入してください。
なお、被扶養者の移動だけの場合でも、「1. 被保険者（本人）」欄は必ず記入してください。