

# 健康保険（共済組合等）資格取得喪失証明書

取得・喪失どちらかを○で囲んで下さい。

住 所					電 話 ( )		
区 分	氏 名	生年月日	続柄	取得又は喪失年月日	取得又は喪失の事由		
被保険者 (組合員)			本人	平 . .	1. 就職又は国保組合への加入 2. 退職又は国保組合の脱退 3. その他 事由  4. その他 事由  該当番号を○で囲んで下さい。		
被 扶 養 者				平 . .			
				平 . .			
				平 . .			
健康保険（共済組合等）の番号	保険者番号		記号番号		保険者名	厚生年金（共済年金）の記号番号	

上記のとおり証明します。

平成 年 月 日

事業所所在地  
事業所名  
電 話 ( )

印