

健康保険資格取得・喪失証明書

下記の者は、健康保険の被保険者の資格を 取得・喪失 したことを証明します。

下記の者は、健康保険の被扶養者の資格を 取得・喪失 したことを証明します。

(あて先) 東大阪市長

年 月 日

『証明者』

所在地

名 称



連絡先

記

被保険者氏名		生年月日	年	月	日
被保険者住所		性別	男・女		
健康保険記号		保険者名称			
健康保険番号		保険者番号			
健康保険資格取得日		年	月	日	
健康保険資格喪失日 (退職日の翌日)		年	月	日	
被扶養者	氏 名	生 年 月 日	性別	資格取得・喪失日	
		年 月 日	男・女	取得・喪失	年 月 日
		年 月 日	男・女	取得・喪失	年 月 日
		年 月 日	男・女	取得・喪失	年 月 日
		年 月 日	男・女	取得・喪失	年 月 日