

# 健康保険 被保険者 資格（取得・喪失）証明書

被保険者 取得  
 下記の者は、健康保険等の 被扶養者 の資格を 喪失 したことを証明します。  
 （該当欄にチェックをしてください）

保険者	名 称		保険者番号				
被保険者	記 号		番 号				
	氏 名	（昭・平・令 年 月 日生）					
	住 所						
	取得年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	被扶養者の認定だけの場合は記入不要			
	退職年月日	平成 令和	年 月 日	被扶養者の抹消だけの場合は記入不要			
喪失年月日	平成 令和	年 月 日	喪失年月日は、退職年月日の翌日となります。				
被扶養者	氏 名	生年月日	続柄	被扶養者として認定または 認定を抹消された日	退職以外のときの 喪失理由		
		昭平 令	年 月 日		平成 令和	年 月 日	
		昭平 令	年 月 日			平成 令和	年 月 日
		昭平 令	年 月 日			平成 令和	年 月 日
		昭平 令	年 月 日			平成 令和	年 月 日
		昭平 令	年 月 日			平成 令和	年 月 日

令和 年 月 日

所在地 \_\_\_\_\_  
 事業所 名 称 \_\_\_\_\_  
 代表者 \_\_\_\_\_ 印  
 TEL ー ー (担当者) \_\_\_\_\_