

健康保険 **被保険者** 資格 (取得・**喪失**) 証明書  
被扶養者

下記の者は、健康保険等の  被保険者  被扶養者の資格を  取得  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	(例) 全国健康保険協会〇〇支部	保険者番号	(例) 01370014	
被保険者	記号	(例) 1234567	番号	(例) 001	
	氏名	坂出 太郎 (昭・平・令 60年 1月 1日生)			
	住所	坂出市室町二丁目3番5号			
	取得年月日	昭和 平成 令和 元年 5月 1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 2年 1月 10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 2年 1月 11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	

被扶養者がいる場合は記載してください。

令和 年 月 日

資格取得の場合は認定日を  
資格喪失の場合は抹消日を記載

所在地 香川県〇〇市〇〇番地〇〇

名称 株式会社 □□□□□□

事業所

代表者 △△ △△ 印

TEL 0123-45-6789 (担当者●●)