

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<br>平成<br>令和<br>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<br>令和<br>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<br>令和<br>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<br>認定を抹消された日 | 退職以外のときの<br>喪失理由 |
|       |                       | 昭平<br>令 年 月 日              |                   | 平成<br>令和 年 月 日            |                  |
|       |                       | 昭平<br>令 年 月 日              |                   | 平成<br>令和 年 月 日            |                  |
|       |                       | 昭平<br>令 年 月 日              |                   | 平成<br>令和 年 月 日            |                  |
|       |                       | 昭平<br>令 年 月 日              |                   | 平成<br>令和 年 月 日            |                  |
|       |                       | 昭平<br>令 年 月 日              |                   | 平成<br>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●●)