



記入例

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として
  認定  
 認定を抹消
 されたことを証明します。

(該当する欄に✓をしてください。)

令和〇〇年〇〇月〇〇日

所在地 能代市〇町〇番〇号

名称 株式会社 〇〇〇〇

代表者 代表取締役 〇〇 〇〇

TEL ( 0185-〇〇-〇〇〇〇 担当者 〇〇 )

株式会社

〇〇〇〇

印

事業所名称・代表者名・事業所印をお忘れなく記入・押印願います。

事業所

記

被保険者	氏名	能代太郎 (男・女)
	生年月日	(昭・平) 〇〇年 〇月 〇日
	住所	能代市〇〇町〇番〇 〇〇号室
健康保険の名称 (保険者番号)		
〇〇〇健康保険組合 〇〇支部 (01234567)		
健康保険の記号・番号		
記号 1 2 3 4 5 6 7 8 番号 1 2 3		
健康保険の資格取得日		
平成 〇〇年 〇月 〇日		
健康保険の資格喪失日		
令和 〇年 〇月 〇日		
(退職日) (令和 〇年 〇月 〇日)		

支部名がありましたら記入願います。

※資格喪失日は、退職日の翌日となります。

	氏名	生年月日	性別	続柄	被扶養者として認定又は認定を抹消された日	認定理由
被扶養者	能代 花子	昭(平)令〇〇年 〇月 〇日	男・(女)	妻	令和 〇年〇〇月〇日	
	能代 こはな	昭・平(令) 〇年 〇月 〇日	男・(女)	子	令和 〇年〇〇月〇日	
		昭・平・令 年 月				
		昭・平・令 年 月				

・健康保険の名称 (保険証の発行元) は必ず記入願います  
 ・記号および番号についても必ず記入願います。  
 (記号は、文字・数字・英字が混ざっている場合もあります)  
 ○健康保険の名称 (保険証の発行元)、記号番号を記入した上で  
 ・喪失証明書の場合は、取得日および喪失日を記入願います。  
 (退職による喪失の場合は退職日も記入願います。)  
 ・取得証明書の場合は、取得日のみ記入願います。  
 ◎保険証や保険協会・組合に提出した書類を確認の上、もれがないよう記入願います。

※認定抹消理由欄は、退職以外の理由の場合