

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 年 月 日

事業所

所在地

名 称

代表者

TEL (- - 担当者)

記

被保険者	氏 名	(男 ・ 女)
	生年月日	(昭 ・ 平) 年 月 日
	住 所	
健康保険の名称 (保険者番号)		()
健康保険の記号 ・ 番号		記号 番号
健康保険の資格取得日		平成 ・ 令和 年 月 日
健康保険の資格喪失日 (退 職 日)		令和 年 月 日 (令和 年 月 日)

※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	認定抹消理由
被 扶 養 者		昭・平・令 年 月 日	男・女		令和 年 月 日	
		昭・平・令 年 月 日	男・女		令和 年 月 日	
		昭・平・令 年 月 日	男・女		令和 年 月 日	
		昭・平・令 年 月 日	男・女		令和 年 月 日	
		昭・平・令 年 月 日	男・女		令和 年 月 日	

※認定抹消理由欄は、退職以外の理由の場合に記入してください。(例：収入が基準を上回った)

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

したことを証明します。

☒喪失☒下記の者は、健康保険の被扶養者として☐認定

されたことを証明します。

☒認定を抹消

(該当する欄に✓をしてください。)

令和〇〇年〇〇月〇〇日

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

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

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・令和 〇〇 年 〇 月 〇 日
健康保険の資格喪失日 (退職日)		令和 〇〇 年 〇〇 月 〇 日 (令和 〇〇 年 〇 月 〇〇 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。

被 扶 養 者	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	認定抹消理由
	能代 花子	昭・平・令〇〇年 〇月〇日	男・女	妻	令和〇〇年〇〇月〇日	
	能代 こはな	昭・平・令〇〇年 〇月〇日	男・女	子	令和〇〇年〇〇月〇日	
		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。

※認定抹消理由欄は、退職以外の理由の

◎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
ないように記入願います。