

健康保険 共済組合

資格取得・喪失証明書

被保険者 (組合員)	住 所				世帯主氏名	
	氏 名	(昭和・平成 年 月 日生)			世帯主との続柄	
健保・共済組合員等の資格取得年月日		健保・共済 組合等	保険者番号			
年 月 日			保険証記号番号			
健保・共済組合員等の資格喪失年月日		厚生・共済年金等の記号番号				
年 月 日 (注：退職日の翌日です。)						
被扶養者	氏 名	生年月日	世帯主との 続柄	資格取得年月日	資格喪失年月日	備 考
		年 月 日生		年 月 日	年 月 日	
		年 月 日生		年 月 日	年 月 日	
		年 月 日生		年 月 日	年 月 日	
		年 月 日生		年 月 日	年 月 日	

上記の通り相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

事業所等所在地
名 称
代 表 者 氏 名

⑩