

健康保険資格 取得 喪失 証明書

(届け出先)
横浜市

区長

令和 年 月 日

保険者
または
事業所

名 称

所在地

電話番号

印

下記の者の当保険における

1 被保険者本人・2 被扶養者

の資格について証明します。

健康保険 被保険者証	保険者名		保険者番号	
	記号		番号	
被保険者本人	氏名		男 女	(生年月日) 昭 平 令 年 月 日

(異動者に関する記入欄)

資格取得年月日	昭和 平成 年 月 日 令和	資格喪失年月日	昭和 平成 年 月 日 令和 (退職の場合は退職日の翌日)
被保険者の住所			
資格異動の理由			
資格異動者の氏名	生年月日	性別	被保険者との続柄
	昭 平 令 . .	男 女	
	昭 平 令 . .	男 女	
	昭 平 令 . .	男 女	
	昭 平 令 . .	男 女	

【記入についてのお願い】

記入される際には、次の点にご注意のうえ証明願います。

- 退職の場合、資格喪失年月日は、**退職した日の翌日**です。
- 証明については、必ず保険者又は事業所で記入し、押印してください。
- 資格異動者の氏名欄には、**異動のあった者全員（被保険者も含む）**の氏名を必ず記入してください。