

(あて先) 観音寺市長

所在地 .....

証明者 名 称

代表者印

電話番号 ( ..... 担当者 )

次のとおり証明します。

健康保険等資格 取得・喪失 証明書  
被扶養者 認定・抹消

保険種別 (いずれかに○をしてください)		1. 全国健康保険協会管掌健康保険(協会けんぽ) 2. 組合管掌健康保険 3. 共済組合 4. 船員保険 5. 国民健康保険組合											
被保険者証の記号・番号		記号					番号						
保険者名・保険者番号		名称					番号						
本人欄	(被保険者 又は 組合員)	住所									性別	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日
		フリガナ											
		氏名											
	基礎年金番号					—							(10ケタ)
	資格の得喪日	資格取得年月日		昭和・平成・令和		年		月		日			
資格の喪失理由 (該当する□にレ点)		<input type="checkbox"/> 退職 ( 退職日 : 令和 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 任意継続の資格喪失 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度に加入 <input type="checkbox"/> その他 ( )											
被扶養者欄	フリガナ	生年月日		性別	続柄	資格の得喪日 認定(加入) 年月日		抹消(削除) 年月日		被扶養者として認定を抹消(削除)された理由(該当にレ点)  <input type="checkbox"/> 被保険者または組合員の資格喪失  下記の理由により被扶養者のみ抹消 <input type="checkbox"/> 雇用保険の受給  <input type="checkbox"/> 収入の増加  <input type="checkbox"/> 就職  <input type="checkbox"/> 結婚  <input type="checkbox"/> 家族喪失  <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	氏名	大・昭・平・令 年 月 日				昭和・平成・令和 年 月 日		平成・令和 年 月 日					
		大・昭・平・令 年 月 日				昭和・平成・令和 年 月 日		平成・令和 年 月 日					
		大・昭・平・令 年 月 日				昭和・平成・令和 年 月 日		平成・令和 年 月 日					
		大・昭・平・令 年 月 日				昭和・平成・令和 年 月 日		平成・令和 年 月 日					
		大・昭・平・令 年 月 日				昭和・平成・令和 年 月 日		平成・令和 年 月 日					
		大・昭・平・令 年 月 日				昭和・平成・令和 年 月 日		平成・令和 年 月 日					
		大・昭・平・令 年 月 日				昭和・平成・令和 年 月 日		平成・令和 年 月 日					
		大・昭・平・令 年 月 日				昭和・平成・令和 年 月 日		平成・令和 年 月 日					
		大・昭・平・令 年 月 日				昭和・平成・令和 年 月 日		平成・令和 年 月 日					

(注意)  
 1 この証明書は、健保・共済・国保組合の理事長か事業主又は年金事務所長、全国健康保険協会支部長が証明してください。  
 2 この証明書は、被保険者又は組合員並びに被扶養者の資格を取得・喪失・認定・抹消した者について記入してください。  
 3 「資格の得喪日」欄は、資格を喪失・抹消した場合、その保険の資格の取得・認定日および資格の喪失・抹消日を記入してください。  
 4 資格の喪失日は、勤務先を退職した日または任意継続の期間満了の日などの翌日です。  
 5 被保険者本人の資格取得または資格喪失の際に被扶養者がいる場合は、被扶養者欄も必ず記入してください。  
 6 被扶養者のみ認定・抹消の場合であっても、被保険者証の記号・番号・保険者名・本人欄は必ず記入してください。