

令和 年 月 日

板野町長 様

事業所の所在地 _____

事業所の名称 _____ 印

電 話 番 号 _____

下記のとおり証明します。

健康保険資格 取得・喪失 証明書

保険の種類 記号番号	政管健保 組合健保 船員保険 共済健保 日雇健保 国保組合	記号・番号		保険者番号	
	被保険者	住 所			
氏 名			生 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	
資格取得年月日		年 月 日			
退 職 日		令和 年 月 日			
資格喪失年月日 (退職日の翌日)		令和 年 月 日			
被扶養者	氏名	生 年 月 日	資格取得年月日	資格喪失年月日 (退職日の翌日)	
		昭・平・令 ・ ・	年 月 日	令和 年 月 日	
		昭・平・令 ・ ・	年 月 日	令和 年 月 日	
		昭・平・令 ・ ・	年 月 日	令和 年 月 日	
		昭・平・令 ・ ・	年 月 日	令和 年 月 日	
		昭・平・令 ・ ・	年 月 日	令和 年 月 日	
		昭・平・令 ・ ・	年 月 日	令和 年 月 日	
備 考	※被扶養者のみを資格喪失する場合など、その理由を記入してください。				