

健康保険資格（取得・喪失）証明書

中津市長あて

| | | | | | | | | | |
|----------------|----|--|--------|--|---|--|--|--|--|
| 保険者 | 名称 | <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会[支部] <input type="checkbox"/> ()健康保険組合 <input type="checkbox"/> ()共済組合 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | | |
| | 番号 | | | | | | | | |
| 被保険者証 の記号番号 | 記号 | 番号 | 基礎年金番号 | | - | | | | |
| | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|------------------|-------|----------------|---|---|---|----|--|--|--|--|
| 被 保 険 者 | 資格取得日 | 年 | 月 | 日 | 退職日(年 月 日) ※資格喪失日は退職日の翌日 | | | | | |
| | 資格喪失日 | 年 | 月 | 日 | | | | | | |
| | 氏名 | 生年月日 | | | 性別 | 備考 | | | | |
| | ふりがな | 昭和 平成 令和 | 年 | 月 | 日 | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|------------------|-------|----------------|---|---|---|--------------|----|--|--|--|--|
| 被 扶 養 者 | 資格取得日 | 年 | 月 | 日 | ※被扶養者として認定を抹消された日 (就職等した場合は就職日、死亡日の 翌日、別居・離婚等の日の翌日) | | | | | | |
| | 資格喪失日 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | |
| | 氏名 | 生年月日 | | | 性別 | 被保険者 との関係 | 備考 | | | | |
| | ふりがな | 昭和 平成 令和 | 年 | 月 | 日 | | | | | | |
| | ふりがな | 昭和 平成 令和 | 年 | 月 | 日 | | | | | | |
| | ふりがな | 昭和 平成 令和 | 年 | 月 | 日 | | | | | | |
| | ふりがな | 昭和 平成 令和 | 年 | 月 | 日 | | | | | | |

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

所在地
事業所 名称
(又は保険者) 代表者
連絡先 印

※資格の異動日から14日以内に手続きをしてください。