

# 健康保険資格 { 取得 喪失 } 証明書

豊 中 市 長 様

年 月 日

下記の者は、健康保険の 被保険者 取得 の資格を 喪失 したことを証明します。  
被扶養者

保 険 者  
または  
事 業 主

所在地  
名称  
代表者

TEL ( ) 一 担当者  
記

印

|                      |    |     |                                                               |       |                                                                                                                   |
|----------------------|----|-----|---------------------------------------------------------------|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 保険者名<br>(健康保険組合等の名称) |    |     |                                                               | 保険者番号 |                                                                                                                   |
| 被保険者の<br>記号・番号       | 記号 |     |                                                               | 番号    |                                                                                                                   |
| 基礎年金番号               |    |     |                                                               |       |                                                                                                                   |
| 被保険者の住所              |    |     |                                                               |       |                                                                                                                   |
| 氏 名<br>生 年 月 日       | 続柄 | 性別  | 資格 <input type="checkbox"/> 取得<br><input type="checkbox"/> 喪失 | 年月日   | 喪失理由<br>(資格喪失時のみ記入)                                                                                               |
| (被保険者)<br>年 月 日      | 本人 | 男・女 |                                                               | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 退職 ( 年 月 日 )<br><input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度加入<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |
| (被扶養者)<br>年 月 日      |    | 男・女 |                                                               | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 被保険者の資格喪失<br><input type="checkbox"/> 収入超過<br><input type="checkbox"/> その他 ( )           |
| (被扶養者)<br>年 月 日      |    | 男・女 |                                                               | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 被保険者の資格喪失<br><input type="checkbox"/> 収入超過<br><input type="checkbox"/> その他 ( )           |
| (被扶養者)<br>年 月 日      |    | 男・女 |                                                               | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 被保険者の資格喪失<br><input type="checkbox"/> 収入超過<br><input type="checkbox"/> その他 ( )           |
| (被扶養者)<br>年 月 日      |    | 男・女 |                                                               | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 被保険者の資格喪失<br><input type="checkbox"/> 収入超過<br><input type="checkbox"/> その他 ( )           |

## (記入にあたっての注意)

1. 保険者または事業主が記入してください。
2. 資格喪失年月日は退職日の翌日となります。
3. 被扶養者の欄は、被扶養者として認定または抹消された場合に必ず記入してください。
  - ・ 本人の資格取得または喪失の際に、被扶養者がいる場合も必ず記入してください。
  - ・ 被扶養者のみの異動の場合でも、被保険者欄の氏名・住所・生年月日・性別・被保険者の記号番号・保険者番号は必ず記入してください。