

健康保険資格取得喪失証明書

年 月 日

(宛先) 防府市長

事業所名及び  
代表者氏名

印

電話番号

下記のとおり証明します。

保険者名称(番号)	( )				
被保険者記号		番号			
基礎年金番号					
被保険者住所					
被保険者氏名	続柄	性別	生年月日	資格(取得・喪失)年月日	
		男・女	年 月 日	得・喪	年 月 日
被扶養者名		男・女	年 月 日	得・喪	年 月 日
		男・女	年 月 日	得・喪	年 月 日
		男・女	年 月 日	得・喪	年 月 日
		男・女	年 月 日	得・喪	年 月 日
		男・女	年 月 日	得・喪	年 月 日
(備考)					
※被保険者退職年月日 年 月 日					

- 注 ①被扶養者のみ資格喪失する場合は、備考欄にその理由を具体的に記入してください。  
②資格喪失年月日は、退職年月日の翌日です。(退職の場合は備考欄に退職日を記入してください。)

この証明書は、国民健康保険及び国民年金の資格取得(喪失)の資料となるものです。