|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 健　康　保　険　資　格  | 取 得喪 失 | 証　明　書 |
| （ 宛 先 ） 防 府 市 長 | 年 月 日 |
|  | 事業所名及び代表者氏名 |  | 印 |
|  | 下記の者は、 | 年 月 日 | 付けで、 |
|  | 健康保険の資格を（ 取得 ・ 喪失 ）したことを証明します。 | 電 話 番 号 |  | － |  | － |  |
|  |
| 保 険 者 名 称 (番 号) |  | （ |  | ） |  |
| 被　保　険　者　氏　名 | 性別 | 生 年 月 日 | 住　　所 | 被保険者記号・番号 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

注意：資格喪失年月日は、退職年月日の翌日です。

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。