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。