

健康保険（共済組合等）資格 取得・喪失 証明書

※取得・喪失のどちらかを○で囲んでください。

住	所	岩手県 滝沢市				電話番号	
区分	氏名	生年月日	続柄	取得年月日	喪失年月日	取得又は喪失の事由（該当番号に○をつけてください）	
被保険者 （組合員）		昭和・平成・令和 . .	本人	昭和・平成・令和 . .	平成・令和 . . <small>（退職日H・R . . .）</small> ※喪失日は退職日の翌日	1.就職又は国保組合への加入 2.退職又は国保組合の脱退 3.その他（ ）	
被扶養者等		昭和・平成・令和 . .		昭和・平成・令和 . .	平成・令和 . .	《取得事由》 1.被保険者の資格取得に伴うもの。	
		昭和・平成・令和 . .		昭和・平成・令和 . .	平成・令和 . .	2.収入減により被扶養者に該当した。	
		昭和・平成・令和 . .		昭和・平成・令和 . .	平成・令和 . .	《喪失事由》 1.被保険者の資格喪失に伴うもの	
		昭和・平成・令和 . .		昭和・平成・令和 . .	平成・令和 . .	2.就職により被扶養者に該当しなくなった。 3.収入増により被扶養者に該当しなくなった。 4.その他（ ）	
健康保険（共済組合等） の番号		保険者名 （全国健康保険協会〇〇支部等）		/ 全国健康保険協会 支部			
		保険者 番号	記号番号	基礎年金番号			

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

事業所所在地

事業所名

印

電話番号

※職場の健康保険等に加入した時（国保から抜ける時）、退職した時（国保に加入する時）は、14日以内に住所地の市町村窓口へ届出が必要です。