健康保険資格（取得 ・ 喪失）証明書

令和　　年　　月　　日

米子市長　様

所 在 地
事業所名　　印
代表者名
電話番号（　　）　　－

当事業所の健康保険の被保険者及び被扶養者の資格について、下記の通り相違ないことを証明します。

被保険者 氏　　名	昭・平・令　　年　　月　　日	記号	番号		
		保険者名		（社保・共済組合・健保組合・国保組合）	
現住所 米子市		資格取得年月日		昭・平・令　　年　　月　　日	
		資格喪失年月日		平 ・ 令　　年　　月　　日	

（退職年月日　平・令　　年　　月　　日）

※　被保険者の資格喪失年月日は、退職・死亡等の翌日になります。
　　また現在資格がある場合は、資格喪失年月日の欄に斜線を引いてください。

注．被扶養者のある場合は必ず被扶養者の資格についても記入をしてください。

被扶養者氏名	生年月日	続柄	資格取得年月日 資格喪失年月日
	昭・平・令 年　月　日		昭・平・令　年　月　日 平 ・ 令　年　月　日
	昭・平・令 年　月　日		昭・平・令　年　月　日 平 ・ 令　年　月　日
	昭・平・令 年　月　日		昭・平・令　年　月　日 平 ・ 令　年　月　日
	昭・平・令 年　月　日		昭・平・令　年　月　日 平 ・ 令　年　月　日
	昭・平・令 年　月　日		昭・平・令　年　月　日 平 ・ 令　年　月　日
	昭・平・令 年　月　日		昭・平・令　年　月　日 平 ・ 令　年　月　日