健康保険資格(喪失)証明書

令和年月日

鳥取市長　　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、下記のとおり相違ないことを証明します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者  氏　　名 |  | 記号 | 番号 |  |  |
| 保険者名 | | (社保・共済組合・健保組合・国保組合) | |
| 生年月日 | 昭・平　　年　　月　　日 |
| 現住所 | | 資格取得年月日 | | 昭・平・令　　年　　月　　日 | |
|  | | 資格喪失年月日 | | 昭・平・令　　年　　月　　日 | |
| 資格喪失  の理由 | １．退職（　　　　年　　月　　日退職）  ２．任意継続（満了・脱退）  ３．被扶養者認定除外　　　　４．その他（　　　　　　　　　　　） | | | | |

※　被保険者の「資格喪失年月日」は、退職の翌日になります。

　　　　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 |
| 昭・平・令　　年　　月　　日 |
|  | 昭・平・令  年　　月　　日 |  | 昭・平・令　　年　　月　　日 |
| 昭・平・令　　年　　月　　日 |
|  | 昭・平・令  年　　月　　日 |  | 昭・平・令　　年　　月　　日 |
| 昭・平・令　　年　　月　　日 |
|  | 昭・平・令  年　　月　　日 |  | 昭・平・令　　年　　月　　日 |
| 昭・平・令　　年　　月　　日 |
|  | 昭・平・令  年　　月　　日 |  | 昭・平・令　　年　　月　　日 |
| 昭・平・令　　年　　月　　日 |