

健康保険等資格（ 取得 ・ 喪失 ） 証明書

八雲町長様

下記の者は、

- ・協会けんぽ
- ・船員保険
- ・日雇保険
- ・健保組合
- ・共済組合
- ・国保組合

の被保険者・被扶養者の資格を

- ・取得
- ・喪失

したことを証明する。

年 月 日

事業所の所在地

名称

代表者氏名

電話番号（ ） ー

保険者名称		保険者番号		備 考
記 号		番 号		
氏 名		資 格 取 得 年 月 日	資 格 喪 失 年 月 日 (退職年月日等の翌日)	※被扶養者のみ喪失の場合 理由を書いて下さい。
被 保 険 者		年 月 日	年 月 日	
被 扶 養 者		年 月 日	年 月 日	
		年 月 日	年 月 日	
		年 月 日	年 月 日	
		年 月 日	年 月 日	

※本文〔 〕内は該当するものを○で囲んでください。


 この欄は退職日の翌日の日付を記入して下さい。