

## 健康保険資格〔取得喪失〕証明書

西宮市長様

年 月 日

下記の者は、健康保険の 被保険者 の資格を 取得 喪失 していることを証明します。  
被扶養者

所在地 \_\_\_\_\_

保 険 者 名 称 \_\_\_\_\_

または事業主 代表者 \_\_\_\_\_ ㊟

TEL( ) — 担当者名

記

保険者名 ( 全国健康保険協会・健康保険組合等の名称 )			
保険者番号		基礎年金番号	
被 保 険 者 証 の 記 号		被 保 険 者 証 の 番 号	
被保険者 被扶養者 住所	西宮市		
氏 名	続柄	資格 <input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 喪失 年月日	喪失理由 (資格喪失の時のみ記入)
生 年 月 日			
(被保険者)	本人	年 月 日	<input type="checkbox"/> 退職( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度加入 <input type="checkbox"/> その他( )
年 月 日			
(被扶養者)		年 月 日	<input type="checkbox"/> 被保険者の資格喪失 <input type="checkbox"/> 収入による制限 <input type="checkbox"/> その他( )
年 月 日			
(被扶養者)		年 月 日	<input type="checkbox"/> 被保険者の資格喪失 <input type="checkbox"/> 収入による制限 <input type="checkbox"/> その他( )
年 月 日			
(被扶養者)		年 月 日	<input type="checkbox"/> 被保険者の資格喪失 <input type="checkbox"/> 収入による制限 <input type="checkbox"/> その他( )
年 月 日			

(記入にあたっての注意)

1. 保険者または事業主に証明を受けてください。
2. 資格喪失年月日は、退職年月日の翌日となります(任意継続被保険者を除く)。
3. 被扶養者欄は、被扶養者として認定または認定を抹消された場合に記入してください。  
 (ア) 本人の資格取得又は喪失の際に、被扶養者がいる場合も必ず記入してください。  
 (イ) 被扶養者のみの異動の場合でも、被保険者欄の氏名・生年月日は必ず記入してください。