

◎この用紙は事業主の方が記入してください

年 月 日

徳島市長様

事業所の所在地 _____

事業所の名称 _____ 印

電話番号 _____

下記のとおり、証明します。

健康保険資格（取得・喪失）証明書

保険の種類 記号番号	協会けんぽ	組合健保	記号	番号	保険者番号
	船員保険	共済健保			
被保険者	住 所				
	氏 名		生 年	昭和・平成	
			月 日	・	
	資格取得年月日	年 月 日			
	退 職 日	年 月 日			
資格喪失年月日 (退職日の翌日)	年 月 日				喪失理由 (退職・後期高齢加入)
被扶養者	氏 名	生 年 月 日	資格取得年月日		資格喪失年月日 (退職日の翌日)
		昭・平・令	昭和	年 月 日	昭和
		・	平成	年 月 日	平成
		・	令和	年 月 日	令和
		昭・平・令	昭和	年 月 日	昭和
		・	平成	年 月 日	平成
		・	令和	年 月 日	令和
		昭・平・令	昭和	年 月 日	昭和
		・	平成	年 月 日	平成
		・	令和	年 月 日	令和
		昭・平・令	昭和	年 月 日	昭和
		・	平成	年 月 日	平成
		・	令和	年 月 日	令和
		昭・平・令	昭和	年 月 日	昭和
	・	平成	年 月 日	平成	
	・	令和	年 月 日	令和	
備 考	*被扶養者のみ喪失する場合は、その理由を記入してください。				