

健康保険被保険者（被扶養者）資格 【 取得 ・ 喪失 】 証明書

被保険者氏名		男・女	生年月日		
被保険者住所					
保険者番号			記号		
保険者名称			番号		
資格取得年月日 (社保等の適用日)			資格喪失年月日 (退職日の翌日)		
被扶養者氏名	性別	続柄	生年月日	被扶養者として認定された日	認定を取り消されたときは その理由（できるだけ詳しく）
				認定を抹消された日	

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

事業所所在地 : _____

事業所名 : _____ 印

連絡先 : _____ (担当者)

由利本荘市長 様

※記入上の注意

①喪失年月日は退職年月日の翌日となります。

②本人の資格取得、喪失の際に被扶養者がある場合は必ず記入してください。
なお、被扶養者のみの資格異動の場合も被保険者欄は必ず記入してください。

③被扶養者の認定が取消しになった場合はその理由を必ず記入してください。
例) 収入が扶養認定基準額を上回ったため