

この用紙は事業主の方が記入してください

平成 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				日雇健保
被保険者	住 所					
	氏 名		生 年	大・昭・平		
			月 日	. .		
	資格取得年月日		平成	年	月	日
	退 職 日		平成	年	月	日
資格喪失年月日 (退職日の翌日)		平成	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)	
			大・昭・平	昭和	年 月 日	平成 年 月 日
			. .	平成		
			大・昭・平	昭和	年 月 日	平成 年 月 日
			. .	平成		
			大・昭・平	昭和	年 月 日	平成 年 月 日
			. .	平成		
			大・昭・平	昭和	年 月 日	平成 年 月 日
		. .	平成			
		大・昭・平	昭和	年 月 日	平成 年 月 日	
		. .	平成			
		大・昭・平	昭和	年 月 日	平成 年 月 日	
		. .	平成			
備 考	*被扶養者のみ喪失する場合は、その理由を記入して下さい。					