

見本

健康保険
厚生年金

資格取得(喪失)証明書

 被保険者 取得

下記の者は、健康保険等の 資格を したことを証明します。

 被扶養者 喪失

平成▲▲年▲▲月▲▲日

事業所(または保険者)

所在地: 埼玉県三郷市花和田648番地1

名称: 株式会社●●●●●●●●●●

代表者: ●●●●●

TEL(048-953-●●●●● 担当者: ●●)

健康保険の種類 記号・番号	保険者名	△△△△健康保険組合				
	保険者番号	1 2 3 4 5 6 7	記号・番号	1 2	3 4 5 6	
基礎年金番号	1 2 3 4 - 5 6 7 8 9 0					
被保険者	氏名	三郷 太郎				
	生年月日	昭和・平成	50年10月12日			
	資格取得年月日	昭和・平成	12年8月1日			
	退職日					
	資格喪失年月日 (退職日の翌日)					
被扶養者	氏名	生年月日	続柄	資格取得年月日	資格喪失年月日	
	三郷 花子	昭52年1月7日	妻	平12年8月1日	平●●年●●月●●日	