

# 健康保険資格取得喪失証明書

令和 年 月 日

(あて先) 大 東 市 長

事 業 所 住 所

名 称

代 表 者

印

電 話 番 号

下記のとおり健康保険の資格を 取得 ・ 喪失 したことを証明します。

被保険者	氏名				年 月 日 生
	住所				
資格取得日	年 月 日				
資格喪失日 (退職の翌日)	年 月 日 (退職日 : 年 月 日)				
保険者番号			記 号		
保 險 者 名			番 号		
被 扶 養 者	氏 名	続柄	生年月日	資格取得日	資格喪失日
			年 月 日	年 月 日	年 月 日
			年 月 日	年 月 日	年 月 日
			年 月 日	年 月 日	年 月 日
			年 月 日	年 月 日	年 月 日
			年 月 日	年 月 日	年 月 日

国民健康保険に加入される方は、この証明書と印鑑を持参し資格喪失後14日以内に届出をしてください。

国民健康保険の届出は、大東市役所保険年金課(②—3番)窓口です。