



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 **大東市〇〇町*丁目*番*号**

名 称 **〇×株式会社**

代表者 **代表者 氏名**



電話番号 **072-***-******

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	大東 国保		平成 *年 **月 *日 生	
	住所	大東市〇〇町**丁目*番***号			
資格取得日	平成 29 年 4 月 1 日				
資格喪失日 (退職の翌日)	令和 3 年 4 月 1 日 (退職日 : 令和 3 年 3 月 31 日)				
保険者番号	06*****		記 号	1*****	
保 險 者 名	〇×健康保険組合		番 号	2**	
被 扶 養 者	氏 名	続柄	生年月日	資格取得日	資格喪失日
	大東 たろう	子	令和 *年 *月 *日	令和 *年 *月 *日	令和 3 年 4 月 1 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。