

年 月 日

守口市長あて

健康保険資格（取得・喪失）証明書

被保険者	氏 名		生年月日	S・H・R ・
	住 所	〒 ー		
	健康保険記号番号	ー	保険者名	
	資格取得年月日		資格喪失年月日 (退職日の翌日)	
	基礎年金番号	ー		

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 (退職日の翌日)	退職以外の喪失理由
	S・H・R ・				
	S・H・R ・				
	S・H・R ・				
	S・H・R ・				

(記載上の注意事項)

- ①資格喪失年月日は退職年月日の翌日となります。
 - ②退職以外で資格喪失した場合、理由を記載して下さい。
- < (例) 収入が被扶養者認定基準を上回ったため >

上記内容について証明します。

事業所等所在地

名称

電話番号

㊞