

健康保険（共済組合等）資格取得喪失証明書

（取得・喪失のどちらかを○で囲んで下さい。）

住 所	岩手県下閉伊郡山田町				電 話	()	
区 分	氏 名	生年月日	続柄	資格取得年月日	資格喪失年月日		
被 保 険 者 組 合 員 名		明大昭平 ・	本人	取得 ・ (必ず記入願います)	喪失 ・ (退職した日の翌日です)		
区 分	氏 名	生年月日	続柄	取得または喪失年月日	取得又は喪失事由		
被 扶 養 者		明大昭平 ・		・	1 被保険者（組合員）の資格取得又は喪失に伴うもの。 2 就職又は就労により被扶養者に該当しなくなった。 3 収入減により被扶養者に該当した。 4 収入増により被扶養者に該当しなくなった。 5 その他 () ※該当番号を○で囲んで下さい。		
		明大昭平 ・		・			
		明大昭平 ・		・			
		明大昭平 ・		・			
		明大昭平 ・		・			
被保険者証 の記号番号	—	保険者名		保険者 番号	基礎年金 番号	—	

上記のとおり証明します。

年 月 日

事業所所在地
事業所名

TEL ()

内線

印