

国民健康保険の加入手続きに必要なため、証明願います。

住所 熊本県上益城郡山都町 番地

氏名

## 資格（取得・喪失）証明書

健康保険証 記号番号	記号	番号	保険者 番号		
	氏名	被保険者又は 組合員との続柄	資格取得年月日	資格喪失年月日	
本人		本人	年 月 日	年 月 日	
被扶養者			年 月 日	年 月 日	
被扶養者			年 月 日	年 月 日	
被扶養者			年 月 日	年 月 日	
被扶養者			年 月 日	年 月 日	
被扶養者			年 月 日	年 月 日	
被扶養者			年 月 日	年 月 日	

(注意) 資格喪失日は、退職日の翌日です。

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

(事業所又は保険者) 名称

所在地

代表者の氏名

㊞

電話