

◎この用紙は事業主の方が記入してください

年 月 日

徳島市長様

事業所の所在地 \_\_\_\_\_

事業所の名称 \_\_\_\_\_ 印

電話番号 \_\_\_\_\_

下記のとおり、証明します。

### 健康保険資格（取得・喪失）証明書

保険の種類 記号番号	協会けんぽ	組合健保	記号	番号	保険者番号
	船員保険	共済健保			
被保険者	住 所				
	氏 名			生 年 月 日	昭和・平成 ・
	資格取得年月日	年 月 日			
	退 職 日	年 月 日			
	資格喪失年月日 (退職日の翌日)	年 月 日		喪失理由 (退職・後期高齢加入)	
被扶養者	氏 名	生 年 月 日	資格取得年月日		資格喪失年月日 (退職日の翌日)
		昭・平・令 ・	昭和 平成	年 月 日	昭和 平成
		昭・平・令 ・	昭和 平成	年 月 日	昭和 平成
		昭・平・令 ・	昭和 平成	年 月 日	昭和 平成
		昭・平・令 ・	昭和 平成	年 月 日	昭和 平成
		昭・平・令 ・	昭和 平成	年 月 日	昭和 平成
		昭・平・令 ・	昭和 平成	年 月 日	昭和 平成
		昭・平・令 ・	昭和 平成	年 月 日	昭和 平成
		昭・平・令 ・	昭和 平成	年 月 日	昭和 平成
		昭・平・令 ・	昭和 平成	年 月 日	昭和 平成
		昭・平・令 ・	昭和 平成	年 月 日	昭和 平成
		昭・平・令 ・	昭和 平成	年 月 日	昭和 平成
		昭・平・令 ・	昭和 平成	年 月 日	昭和 平成
		昭・平・令 ・	昭和 平成	年 月 日	昭和 平成
備 考	*被扶養者のみ喪失する場合は、その理由を記入してください。				