

国民健康保険の届出に必要ですから、下記の内容について証明をお願いします。

住所

氏名 印

☎ (            )(            -            )

記

資格( 取得 ・ 喪失 )証明書

|              |                              |                                |           |                                |
|--------------|------------------------------|--------------------------------|-----------|--------------------------------|
| 被保険者<br>記号番号 | 記号                           |                                | 番号        |                                |
| 保険者名称        |                              |                                | 保険者<br>番号 |                                |
| 被保険者氏名       | 性 別<br>生 年 月 日               | 資格取得年月日                        |           | 資格喪失年月日                        |
|              | 男 ・ 女<br>年        月        日 | 昭 平        年        月        日 |           | 昭 平        年        月        日 |
| 被扶養者氏名       | 性 別<br>生 年 月 日               | 資格取得年月日                        |           | 資格喪失年月日                        |
|              | 男 ・ 女<br>年        月        日 | 昭 平        年        月        日 |           | 昭 平        年        月        日 |
|              | 男 ・ 女<br>年        月        日 | 昭 平        年        月        日 |           | 昭 平        年        月        日 |
|              | 男 ・ 女<br>年        月        日 | 昭 平        年        月        日 |           | 昭 平        年        月        日 |
|              | 男 ・ 女<br>年        月        日 | 昭 平        年        月        日 |           | 昭 平        年        月        日 |
|              | 男 ・ 女<br>年        月        日 | 昭 平        年        月        日 |           | 昭 平        年        月        日 |
|              | 男 ・ 女<br>年        月        日 | 昭 平        年        月        日 |           | 昭 平        年        月        日 |
|              | 男 ・ 女<br>年        月        日 | 昭 平        年        月        日 |           | 昭 平        年        月        日 |

上記のとおり証明します。  
令和        年        月        日

(事業所名)

印