

証 明 書

住 所 千歳市

被保険者名

(健康保険の名称)

次の者が、 健康保険被保険者の資格を

(取得 ・ 喪失) したことを証明する。

年 月 日

所 在 地

証明者 名称及び代表者

電 話 番 号

千 歳 市 長 様

被 保 険 者		記号			番号		
氏 名		性 別	続柄	生 年 月 日	資格(取得・喪失) 年 月 日	摘 要 欄	
被保険者名		男・女	本人	昭平令	(退職年月日)	
被扶養者名		男・女		昭平令		
被扶養者名		男・女		昭平令		
被扶養者名		男・女		昭平令		
被扶養者名		男・女		昭平令		
被扶養者名		男・女		昭平令		

国民健康保険の加入又は脱退時にはこの証明書を持参し、14日以内に届け出てください。

(記載上の注意)

- 1 この証明書は、事業主又は代表者が証明してください。
- 2 退職の場合は、退職の日の翌日が資格喪失日になります。
- 3 摘要欄には、退職年月日及び資格の取得又は喪失の理由等を記入してください(就職のため等)。