

この用紙は事業主が記入してください。

平成 年 月 日

小松島市長 殿

事業所の所在地 _____

事業所の名称 _____

電話番号 _____

担当者 _____

下記のとおり、証明します。

健康保険資格(取得・喪失)証明書

保健の種類 記号番号	政管健保	組合健保	記号	番号	保険者 番号	
	船員保険	共済健保				
	日雇健保	国保組合				
被保険者	住 所					
	氏 名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日		
	資格取得年月日		平成 昭和	年 月 日		
	退 職 日		平成	年 月 日		
	資格喪失年月日 (退職日の翌日)		平成	年 月 日		
被扶養者	氏 名	生年月日	認定年月日		認定解除年月日	
		明・大・昭・平 年 月 日	昭和 平成	年 月 日	平成 年 月 日	
		明・大・昭・平 年 月 日	昭和 平成	年 月 日	平成 年 月 日	
		明・大・昭・平 年 月 日	昭和 平成	年 月 日	平成 年 月 日	
		明・大・昭・平 年 月 日	昭和 平成	年 月 日	平成 年 月 日	
		明・大・昭・平 年 月 日	昭和 平成	年 月 日	平成 年 月 日	
		明・大・昭・平 年 月 日	昭和 平成	年 月 日	平成 年 月 日	
		明・大・昭・平 年 月 日	昭和 平成	年 月 日	平成 年 月 日	
備 考						