

健康保険等資格 取得・喪失 証明書  
被扶養者 認定・抹消

(あて先) 大阪市長

令和 元 年 4 月 1 日

受付年月日

所在地 大阪市北区中之島9-9-9

証明者 名称(代表者氏名) 株式会社けんこう  
社印(代表者印)

電話番号 ( 06 - XXXX - XXXX )

次のとおり証明します。

被 保 険 者 情 報	保険種別(チェックをしてください) <input checked="" type="checkbox"/> 全国健康保険協会管掌健康保険(協会けんぽ) <input type="checkbox"/> 組合管掌健康保険 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合 <input type="checkbox"/> 船員保険					
	保険者名 保険者番号	名称 全国健康保険協会大阪支部	番号 270016	被保険者証の 記号・番号	記号 XXX	番号 123456
	氏名	大阪 太郎		退職年月日	※ 該当する場合のみ記入してください 平・令 31 年 3 月 31 日	
	住所	大阪市中央区久太郎町9-9-9 パンジーハイツ305号				

対 象 者	氏名	生年月日	性別	被保険者 との続柄	基礎年金番号	資格	取得・喪失 認定・抹消	年月日	喪失理由 (チェックをしてください)
						昭・平・令	昭・平・令	年月日	<input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 任意継続の終了 <input type="checkbox"/> その他( )
被 保 険 者	大阪 太郎	昭・平・令 35 年 1 月 24 日	男	本人	XXXX-XXXXXX	昭・平・令 31 年 4 月 1 日	昭・平・令 31 年 4 月 1 日	<input checked="" type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 任意継続の終了 <input type="checkbox"/> その他( )	
	大阪 花子	昭・平・令 36 年 9 月 18 日	女	妻	XXXX-XXXXXX	昭・平・令 31 年 4 月 1 日	昭・平・令 31 年 4 月 1 日	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者の喪失 <input type="checkbox"/> 収入要件 <input type="checkbox"/> その他( )	
		昭・平・令 年 月 日				昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 被保険者の喪失 <input type="checkbox"/> 収入要件 <input type="checkbox"/> その他( )	
		昭・平・令 年 月 日				昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 被保険者の喪失 <input type="checkbox"/> 収入要件 <input type="checkbox"/> その他( )	

- (注意) 1 健保・共済・国保組合の理事長または事業主、もしくは、年金事務所長または全国健康保険協会支部長が証明してください。  
2 対象者欄には、資格を取得・喪失、認定・抹消した全員の項目を記入してください。  
3 退職の場合は、退職の翌日が資格喪失日になります。