

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 年 月 日

受付年月日

所在地

証明者 名称(代表者氏名)
社印(代表者印)

電話番号 (- -)

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 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	番号	被保険者証の 記号・番号	記号	番号	
	氏名				退職年月日	※ 該当する場合のみ記入してください 平・令 年 月 日	
	住所						

対 象 者	被 保 険 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 年 月 日		本人	
	被 扶 養 者		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	<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	<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。