健康保険資格（取得・喪失）証明書

資格得喪者の被保険者証		※取得～加入の日／喪失～退職した日の翌日		
記　　番 号　　号		住所	斜里町　　番地	
区　　分	氏　　名	生　年　月　日	続柄	取得・喪失年月日
被保険者又は 組　合　員		T・S・H・R ・　・		取得・喪失（どちらかに〇） ・　・
被 扶 養 者		T・S・H・R ・　・		取得・喪失 ・　・
		T・S・H・R ・　・		取得・喪失 ・　・
		T・S・H・R ・　・		取得・喪失 ・　・
		T・S・H・R ・　・		取得・喪失 ・　・
		T・S・H・R ・　・		取得・喪失 ・　・

上記のとおり証明します。

令和　　年　　月　　日

証明者　所在地

名　称　　印

北海道斜里郡斜里町長　様

《注》１．　この証明書は、健保・共済・国保組合の理事長か事業主又は全国健康保険協会支部長が証明してください。

２．　この証明書は、被保険者又は組合員と新たに被扶養者等の資格を取得・喪失した者について記入してください。

【国保に加入される方へ】

家族がすでに国民健康保険に加入している場合は、その国民健康保険証も一緒に持参してください。