社会保険資格取得喪失証明書

健康保険の記号番号		被保険者の住所	高松市　　町　　丁目　　番地　　号

	氏名（フリガナ）	続柄	生年月日	資格の得喪日		資格の喪失理由
被保険者			昭 平 令 ・ ・	取得	昭和 平成 令和 ・ ・	□勤務先を退職 退職日 令和　年　月　日 □任意継続の資格喪失 □後期高齢者医療制度に加入 □その他（　　）
				喪失	昭和 平成 令和 ・ ・	
被扶養者			昭 平 令 ・ ・	取得	昭和 平成 令和 ・ ・	□被保険者または組合員の資格喪失 下記の理由により被扶養者のみ資格喪失 □ 雇用保険の受給 □ 収入の増加 □ 就職 □ 結婚 □ 家族喪失 □ その他（　　）
				喪失	昭和 平成 令和 ・ ・	
			昭 平 令 ・ ・	取得	昭和 平成 令和 ・ ・	
				喪失	昭和 平成 令和 ・ ・	
			昭 平 令 ・ ・	取得	昭和 平成 令和 ・ ・	
				喪失	昭和 平成 令和 ・ ・	

上記のとおり証明します。

令和　　年　　月　　日

住所

証明者

名称　　印

(宛先) 高松市長

電話　　（　　）　　担当

（注）1　この証明書は、健保・共済・国保組合の理事長、事業主または年金事務所が証明してください。
2　この証明書は、被保険者および被扶養者の資格を取得または喪失した者について書いてください。
3　「資格の得喪日」欄は、資格を喪失した場合、その保険の資格の取得日および喪失日を書いてください。
4　資格の喪失日は、勤務先を退職した日または任意継続の期間満了の日などの翌日です。
5　「資格の喪失理由」欄は、該当する□内にレ点を付してください。