

# 健康保険任意継続被保険者資格取得・喪失証明願

健康保険任意継続被保険者の資格を  取得 ・  喪失 したことを証明してください。

上の該当箇所に☑を入れ、下の太枠内をすべて記入してください。

健康保険任意継続被保険者資格取得・喪失証明書			
被 保 険 者 番 号	500		被保険者番号とは、健康保険被保険者証の記号 500 横の 4 桁の番号をご記入ください
フリガナ			
被 保 険 者 氏 名			
被 保 険 者 生 年 月 日	昭和 平成	年 月 日	
資 格 取 得 年 月 日	令和	年 月 日	
資 格 喪 失 年 月 日	令和	年 月 日	
被 扶 養 者 氏 名	生 年 月 日	認 定 年 月 日	解 除 年 月 日
	昭和 平成 令和	年 月 日	令和 年 月 日
	昭和 平成 令和	年 月 日	令和 年 月 日
	昭和 平成 令和	年 月 日	令和 年 月 日
	昭和 平成 令和	年 月 日	令和 年 月 日
	昭和 平成 令和	年 月 日	令和 年 月 日

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

大阪府中央区瓦町二丁目6番9号

兼松連合健康保険組合理事長

※ 所定の用紙に証明が必要な場合は、この証明願いに添付してください。