

# 社会保険の資格異動証明書

健康保険の被保険者  
 下記の者は 及び被扶養者の資格を 取得  
 共済組合の組合員 喪失したことを証明する。

令和 年 月 日

事業所又は事業主名

㊞

大 垣 市 長 様

被 保 険 者 (組合員)住所	大垣市					町	丁目	番地
同 氏 名				生年月日	昭 平 令	年	月	日
資 格 取 得(喪 失 年 月 日)				平成・令和 年 月 日				
被 扶 養 者	氏 名	続柄	生 年 月 日	資 格 異 動 年 月 日				
	1		大昭 平令	・	・	取得	・	
	2		大昭 平令	・	・	取得	・	
	3		大昭 平令	・	・	取得	・	
	4		大昭 平令	・	・	取得	・	
	5		大昭 平令	・	・	取得	・	
摘 要	取得又は喪失の理由を簡単に書いてください。  平成・令和 年 月 日 退職							

△大垣市国民健康保険条例施行規則第二十三号様式▽

<証明書記載についてお願い>

- (1)健康保険・共済組合の文字及び取得・喪失の文字は該当するものを○でかこんでください。
- (2)資格取得又は喪失の年月日は法規及び事実に基づいて正確にお願いします。