

証 明 書

住 所 千歳市 町 丁目 番地
番 号

被保険者名 _____

下記の者が _____ 健康保険被保険者の資格を ^{取得} _{喪失} したことを証明
する。

年 月 日

事業所住所
氏名 (名称) 印

千歳市長 様

記

被保険者保険証		記 号				番 号		
氏 名	性 別	続柄	生 年 月 日	資 格	取得 喪失	年 月 日	摘 要	
被保険者名	男・女		・ ・	・ ・	・ ・			
被扶養者名	男・女		・ ・	・ ・	・ ・			
〃	男・女		・ ・	・ ・	・ ・			
〃	男・女		・ ・	・ ・	・ ・			
〃	男・女		・ ・	・ ・	・ ・			
〃	男・女		・ ・	・ ・	・ ・			
〃	男・女		・ ・	・ ・	・ ・			

注1 退職の場合の資格喪失日は、退職の日の翌日になります。

2 この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を用いることができます。